

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/11	4-Data de Autorização 10/13/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7928672	7-Data Validade da Senha 13/11/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

388624
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10102102151105150601371203	9-P plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	----------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ANA CAROLINA FERRAREIS DA CRUZ	16/10/1999	14-Telefone (11) 23615897	15-Nome do titular do plano CLAUDIA SILVA FERRAREIS
---	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	18-Número no CRO 122986	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31113574218551	22-Nome do Contratado Exequatante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	23-Número no CRO 122986	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
---	--	----------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Exequatante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	27-Número no CRO 122986	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	81100001615			1	34,00	10,00			10/13/11	2020	Prof. Gisele
2-0	0	85300001471			1	36,00	10,00			10/13/11	2020	Prof. Gisele
3-0	0	85300001471			1	36,00	10,00			10/13/11	2020	Prof. Gisele
4-0	0	85300001471			1	36,00	10,00			10/13/11	2020	Prof. Gisele
5-0	0	85300001471			1	36,00	10,00			10/13/11	2020	Prof. Gisele
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/31/11 19/120	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/31/11 19/120	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/31/11 19/120 Prof. Gisele	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/31/11 19/120	Dr.ª Gisele Cristina Kimura IUASSACA Cirurgião Dentista CRO-SP 122986
--	--	---	--	---