



349984
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 8/12/10	4-Data de Autorização 10/4/10 8/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7755480	7-Data Validade da Senha 10/1/11 1/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000210253116330000010103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11/11
--	--------------------------------	--------------------------------------	---

13-Nome REBECCA OLIVEIRA DE ASSIS	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ADRIANA OLIVEIRA DE LIMA
--------------------------------------	-------------------------------	---

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 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1311135742855111	22-Nome do Contratado Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	23-Número no CRO 122986	24-UF SP	25-Código CNES
---	---	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante 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-Face	35-Qdt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			10/4/10 8/12/10		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 1/1/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	---	---	---------------------------------	-----------------------------	--

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(foram) 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 10/4/10 8/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/4/10 8/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/4/10 8/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/4/10 8/12/10
--	--	--	--

D.ª Gisele Kimura Iuassaca
 Cirurgião-Dentista
 CPOSP 122986