



327549
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/01/06 4-Dia de Autorização 12/41/06 5-Serão AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7648317 7-Dia Validade da Serão 11/81/09

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010121025110550600153401 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

DAVID CESAR WILLAMES VIEIRA FERREIRA 18/12/1985 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DAVID CESAR WILLAMES VIEIRA FERREIRA

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA 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 3111357421855 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	36	1	7 3 1 0 1 0	10 1 0 1 0	10 1 0 1 0	1	11/06/2006		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	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	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/01/06	1					1	7 3 1 0 1 0		10 1 0 1 0	10 1 0 1 0		

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 em 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

Favor anexar radiografia para pagamento.

pe na sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/06/11/06 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/06/11/06 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/06/11/06 53-Data, local e Carimbo da Empresa Dr.ª Gisele Cristina Kimura 122986