



312602
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/21/05 4-Data de Autorização 10/11/06 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7568201 7-Data Validade da Sentença 11/01/08 8-Data Validade da Sentença 11/01/08

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020215110550600430804 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FERNANDA BUDNIAK DE SEDA 14-Teléfono () 15-Data Validade do Plano 15/08/2005 16-Data Validade do Plano 15/08/2005 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 18-Número no CRO 55535 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115689145807 22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 23-Número no CRO 55535 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 27-Número no CRO 55535 28-UF SP 29-Código CBO S

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115689145807 22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 23-Número no CRO 55535 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 27-Número no CRO 55535 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Moitor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Moitor da Guia	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34	00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totai 2-Parcial 46-Totai Quantidade US 34,00 47-Totai Quantidade US 34,00 48-Totai Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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 obrigações do profissional assistente e a pagar 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 assistente, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. CPF: 429.948.948-90 CRO: 117.799

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 58-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 59-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 60-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 61-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 62-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 63-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 64-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 65-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 66-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 67-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 68-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 69-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 70-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 71-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 72-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 73-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 74-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 75-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 76-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 77-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 78-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 79-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 80-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 81-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 82-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 83-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 84-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 85-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 86-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 87-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 88-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 89-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 90-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 91-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 92-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 93-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 94-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 95-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 96-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 97-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 98-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 99-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 100-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável