



346130
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 7/12/10 4-Data de Autorização 12/8/10 7/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7737303 7-Data Validade da Senha 12/5/11 10/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/0/2/10 12/5/3/0 6/3/0 1/1/0 0/0/0 0/1/0 4/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira

13-Nome ANA CLARA ROMANO DOS SANTOS 14-Telefone 05/06/2007 15-Nome do titular do plano NILTON CARLOS RIBEIRO DOS SANTOS 17-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 13/1/1/3/5/7/4/2/8/5/5/1/1/1 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-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3 5 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0
2-10	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3 5 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0
3-10	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3 5 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0
4-10	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3 5 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial		1 4 0 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. Decliro, ainda que o(s) procedimento(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 12/8/10 7/12/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/10 7/12/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/10 7/12/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/8/10 7/12/10

Dr. Gisele Cristina Kimura IUASSACA