



1-Rogito ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 4-Data de Autorização 11/07/12 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7693749 7-Data Validação da Senha 10/17/11 10/12/10

336785
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/10 9-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 GRAZIELY BARBOSA DOS SANTOS OLIVEIRA 07/09/1996 14-Telefone (11) 12416161241919 15-Nome do titular do plano MARIA RITA BARBOSA DOS SANTOS

Dados de Contratação 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 13111315714121815151111 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
1-10	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6,10,10	10,10,10		S	10/10/11	10/10/11	
2-10	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6,10,10	10,10,10		S	10/10/11	10/10/11	
3-10	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6,10,10	10,10,10		S	10/10/11	10/10/11	
4-10	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6,10,10	10,10,10		S	10/10/11	10/10/11	
5-10												
6-10												
7-10												
8-10												
9-10												
10-10												
11-10												
12-10												
13-10												
14-10												
15-10												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Todo 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1441010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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) 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Gisele Cristina Kimura (Iuassaca)
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 122986