



319709
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/03/10 6/12/10 4-Data de Autorização 12/10/10 6/12/10 5-Senha AUTORIZADO 7609297 6-Número da Guia Principal 7609297 7-Data Validade da Senha 10/11/10 9/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/10 2/15/2/9/8/7/2/10/0/0/0/0/1/0/1 9-Grupo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DANIEL BISPO NASCIMENTO 14-Telefone 18/12/1993 15-Nome do titular do plano DANIEL BISPO NASCIMENTO

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 311135742855 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
1-0	10811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		134,10	10,10			5/11/2010		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,10 47-Valor Total R\$ 10,10 48-Total Franchia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente asseverado 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(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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

D.ª GISELE CRISTINA KIMURA
 Cirurgiã Dentista
 CRP-SP 422986