



306779
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2014	4-Data de Autorização 16/10/2014	5-Será Autorizado	6-Número da Guia Principal 7515081	7-Data Validade da Seria 15/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 000202510550600317703	9-Tipo de Autorização POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/13	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--	--	---------------------------------------

13-Nome MIRIAN RODRIGUES DA SILVA COSTA	14-Telefone (11) 365917562	15-Nome do Titular do plano MIRIAN RODRIGUES DA SILVA COSTA
--	-------------------------------	--

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 -
--	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31135742855	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-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Medico da Classe	42-Assinatura
1-0	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			3400	0,00			16/10/2014		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3400	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 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(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 16/10/14/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/14/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/14/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/14/2014
--	--	--	--

D^{ra} Gisele Cris Kimura Iuassaca
Cirurgiã Dentista
CROSP 122986