



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/10 4-Data de Autorização 10/08/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7766791 7-Data Validade da Guia 10/04/11

352377
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 1002102511055060116798802 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 10/06/10

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ERIC SANTOS CAIXIAS 20/01/1980 14-Telefone (11) 1111-1111 15-Nome do titular do plano ROSANA MARIA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento 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 Enviar - RX (11) 85100200 (11) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131113571428551 22-Nome do Contratado Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA 23-Número no CRO 122986 24-UF SP 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (11) 85100200 (11) 85100200

26-Nome do Profissional Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA 27-Número no CRO 122986 28-UF SP 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (11) 85100200 (11) 85100200

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-Medio da Gênes	42-Valor
1-10	01851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	8,80	10,00	10,00	10,00	10/06/10	10/06/10	10,00
2-10	01851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	8,80	10,00	10,00	10,00	10/06/10	10/06/10	10,00
3-10												
4-10												
5-10												
6-10												
7-10												
8-10												
9-10												
10-10												
11-10												
12-10												
13-10												
14-10												
15-10												

43-Data Previsto 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 1176,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00

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 no 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 contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Imagens analisadas Foto na xfeixa

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/06/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/06/10 Gisele Cristina Kimura Iuassaca