



490944
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/10 4-Data de Autorização 13/11/03 5-Senha AUTORIZADO 8355831 6-Número de Guia Principal 8355831 7-Data Validade da Senha 10/12/10 12-Data Validade da Senha 10/12/10

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BIANCO HAI SI ASSESSORIA DE 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GLAUCIA ALINE TAVARES DA SILVA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano GLAUCIA ALINE TAVARES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a FN N 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA NIPO-BRASILEIRA LTDA - ME 18-Número no CRO 53702 19-UF SP 20-Código CBO S 01 25-Enviar - RX 025 - Faturar Empresa (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 81000421- (I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115688540800 22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI 23-Número no CRO 53702 24-UF SP 25-Código CNES (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 81000421- (I) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI 27-Número no CRO 53702 28-UF SP 29-Código CBO S (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 81000421- (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8				21	VMP	1		1 2 2 1 0 0		
2-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8				11	VMP	1		1 2 2 1 0 0		
3-0	0	8 5 1 0 0 2 1 6				22	MVMP	1		1 2 2 1 0 0		
4-0	0	8 5 1 0 0 2 2 6				12	VMMP	1		1 2 2 1 0 0		
5-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1					RIS	1		1 4 1 0 0		
6-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1					RCSE	1		1 4 1 0 0		
7-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1					RCSD	1		1 4 1 0 0		
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 530 47-Valor Total R\$ 02102225 48-Valor Total R\$ 02102225 49-Valor Total R\$ 02102225

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 obrigações do contrato e arcar com os custos previstos em 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

AV. PARANA PINTO, 100 - JARDIM VIZANTINO, 11110-000 - BRASILEIRA - SP