



299744
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 11/11/2010
 4-Data de Autorização 11/11/2010

5-Será AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7473238

7-Data Validade da Sentença 10/09/2010

8-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número de Carteira 00202510550600317701

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JONAS CARDOSO LIMA COSTA

04/04/1972

14-Telefone

15-Nome do titular do plano JONAS CARDOSO LIMA COSTA

Endereço do Contratado / Responsável pelo Tratamento:

16-Adesamento 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 (IF) 85200186-21 (IF) 85200166-22

21-Código na Operadora / CNOU / 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-Tratado	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 Oclusa	42-Assinatura
1-00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21	1	1	258,00	0,00	0,00	S	11/03/2010		
2-00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	22	1	1	258,00	0,00	0,00	S	11/03/2010		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
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 516,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 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.

De na sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2010

53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2010

Dr.ª Gisele Cristina Kimura
 Cirurgiã Dentista
 CRP-SP 122986