

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



3-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 11/17/10

4-Data de Autorização 11/16/10

5-Santa AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7415551

7-Data Validade da Guia 11/17/10

8-Data Validade da Guia 11/15/12

289312 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 010120125110105060123461021

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira 11/17/10

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PRISCILA GABRIELA SEBASTIAO NONATO

20/01/1982

14-Telefone (11) 656610188

15-Nome do titular do plano MARCELO ALEXANDRE NONATO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN LUCIANA MARY KAWAGUCHI

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO 55535

19-UF SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(1) 85100200

(1) 81000421-RPID

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

LUCIANA MARY KAWAGUCHI

23-Número no CRO 55535

24-UF SP

25-Código CNES

26-Código CBO S

(1) 85100218

(1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante

LUCIANA MARY KAWAGUCHI

27-Número no CRO 55535

28-UF SP

29-Código CBO S

30-Valor

31-Franquia/Co-participação R\$

32-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Gloriosa

30-Tabela 31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Faco

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Gloriosa

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Faco

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Gloriosa

1-CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

13

14

10

10

11

11

11

2-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

21

36

10

10

10

11

11

11

3-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

31

36

10

10

10

11

11

11

4-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

41

36

10

10

10

11

11

11

5-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

51

36

10

10

10

11

11

11

6-RESTAURAÇÃO RESINA

61

8

10

10

10

11

11

11

7-RESTAURAÇÃO RESINA

71

15

10

10

10

11

11

11

8-EXODONTIA DE RAIZ

81

46

10

10

10

11

11

11

9-RX PERIAPICAL

91

1

10

10

10

11

11

11

10-RX PERIAPICAL

101

1

10

10

10

11

11

11

11-RX PERIAPICAL

111

1

10

10

10

11

11

11

12-RX PERIAPICAL

121

1

10

10

10

11

11

11

13-RX PERIAPICAL

131

1

10

10

10

11

11

11

14-RX PERIAPICAL

141

1

10

10

10

11

11

11

15-RX PERIAPICAL

151

1

10

10

10

11

11

11

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Franquia / Co-participação R\$

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 Assinatura da Empresa

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 profissional assistente e aceitar 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.

Assinatura do Profissional Assistente

Assinatura do Beneficiário / Responsável

Assinatura da Empresa

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Cirurgião-Dentista

WLA NOVA ORÇAMENTO - CEP 02611-000 - INTERCÂMBIO

SAO PAULO - SP

08-09-80

08-09-80

08-09-80

08-09-80

08-09-80

08-09-80