



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



333551
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/13/10/17/12/10	4-Data de Autenticação 10/16/10/17/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7680023	7-Data Validade da Senha 10/11/11/10/12/10
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/10/12/10/2/5/3/10/6/3/0/1/0/10/10/10/1/0/13/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome PEDRO ROMANO DOS SANTOS	24/05/2009	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano NILTON CARLOS RIBEIRO DOS SANTOS
------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	18-Número no CRO 122986	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13111313171428151111	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- 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- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-10	0810	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		3	4,00	0,00			10/16/10/17/12/10		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	--

49-Observação

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/16/10/17/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/16/10/17/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/16/10/17/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/16/10/17/12/10
--	--	--	--

Dr.ª Gisele Cristina Kimura Iuassaca
Cirurgiã Dentista
CRPSP 122986