



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

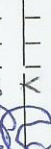
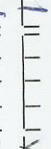
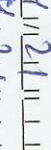
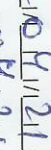
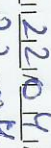


527884
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 12/01/04/12/11	4-Data de Autorização 12/12/10/04/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8500597	7-Data Validade da Sentença 11/9/10/17/12/11
--------------------------	---	--	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 010201251010550600430804	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome FERNANDA BUDNIAK DE SEDA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano MAURICIO FERNANDES DE SEDA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA NIPO-BRASILEIRA LTDA - ME	18-Número no CRO 53702	19-UF SP	20-Código CRO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1156885410800	22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI	23-Número no CRO 53702	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI	27-Número no CRO 53702	28-UF SP	29-Código CRO 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 Gloriosa	42-Assinatura
1-010	181010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/04/21		
2-010	1840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00		S	22/04/21		
3-010	1840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00		S	22/04/21		
4-010	1840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00		S	22/04/21		
5-010	1840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00		S	22/04/21		
6-010												
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												
43-Exaia Previsão 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 1174,00 47-Valor Total R\$ 82.102,25 48-Total Franquia/ Co-participação R\$ 0001,84												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia/Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 7 4 0 0	021022250/0001-84	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/21 Cirurgião Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Recebido 12/01/21 Cirurgião Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/21 Responsável	53-Data, local e Assinatura do Responsável 12/01/21 Responsável
---	--	--	---

AV. P. RADA PINTO, 1020 - SOBRERLOJA