

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^oº



548086
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/05 4-Data de Autorização 12/05/05 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 855733 7-Data Validade da Senha 10/09/08 8-Número da Cartão Nacional da Saúde

8-Número da Carteira 0020202510506017323011 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome MARCELO LUIS DE ARAUJO 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano MARCELO LUIS DE ARAUJO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA NIPO-BRASILEIRA LTDA - ME 18-Número no CRO 53702 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115168851408001 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 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-Máx	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00				12/05/05		
2-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				12/05/05		
3-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				12/05/05		
4-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				12/05/05		
5-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				12/05/05		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 021022259,00 48-Totál Faturado / Co-participação R\$ 1178,00

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 de procedimentos de prestação de assistência dental com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s), o(s) exame(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 ordem a operadora que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

NIPO - BRASILEIRA S/C. LTDA.

Dra. Gleiciane A. Fernandes

AV. PADUA PINTO, 1020 - SO. R. L. A.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/05/05 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/05/05 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/05/05 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/05/05