



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/10 4-Data de Autorização 10/11/10 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 9129992 7-Data Validade da Guia 13/01/12

726480 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Nome da Carteira 000202541814600000101

9-Pessoa POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

GESSE RAONI ANDRADE DAS CHAGAS

15/02/1991

15-Nome do titular do plano GESSE RAONI ANDRADE DAS CHAGAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA TIKAKO NAKAUCHI HERNANDEZ VALLE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101107325870 22-Nome do Contratado Executante CAROLINA TIKAKO NAKAUCHI HERNANDEZ VALLE

26-Nome do Profissional Executante CAROLINA TIKAKO NAKAUCHI HERNANDEZ VALLE

27-Número no CRO 36122

28-UF SP

29-Código CBO S

(1) 85100200 (1) 85100218 (1) 85100200

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-00	85110200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	11	8,8	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
2-00	85110218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	11	12,2	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
3-00	85110219	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	11	16,1	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
4-00	85110220	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	11	8,8	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
5-00	85110221	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOD	11	12,2	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
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 05/10/12

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 481,00

47-Valor Total R\$ 10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

NAC SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS LTDA.

CNPJ 08.776.986/0001-06

50-Dado Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/12

51-Dado Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/12

52-Dado Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/12

53-Dado Local e Carimbo da Empresa 05/10/12

54-Dado Local e Assinatura do Profissional 05/10/12