



Insuficiência para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



515486
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
05/10/12

4-Data de Autorização
28/10/12

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8451532

7-Data Validade da Sentença
04/10/17

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025110550601281502

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
/ /

13-Nome
ANDREIA OLIVEIRA FERREIRA DOS SANTOS

26/08/1980

14-Telefone
(11) 23894456

15-Nome do titular do plano
CARLOS EDUARDO PEREIRA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
CLINICA ODONTOLÓGICA NIPPO-BRASIL EIRA LTDA - ME

18-Número no CRO
53702

19-UF
SP

20-Código CBO S
01

025 -
Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 81000421-
(I) 81000421-RPSE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
156885408100

22-Nome do Contratado Executante
EDMILSON MITTO KAWAGUCHI

23-Número no CRO
53702

24-UF
SP

25-Código CNES
01

26-Código CBO S
01

26-Nome do Profissional Executante
EDMILSON MITTO KAWAGUCHI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 1 0 0	10,00	10,00	1	28/10/12		
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 1 0 0	10,00	10,00	1	28/10/12		
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 1 0 0	10,00	10,00	1	28/10/12		
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6 1 0 0	10,00	10,00	1	28/10/12		
5-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1 4 1 0 0	10,00	10,00	1	28/10/12		
6-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1 4 1 0 0	10,00	10,00	1	28/10/12		
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
16-1												
17-1												
18-1												
19-1												
20-1												
21-1												
22-1												
23-1												
24-1												
25-1												
26-1												
27-1												
28-1												
29-1												
30-1												
31-1												
32-1												
33-1												
34-1												
35-1												
36-1												
37-1												
38-1												
39-1												
40-1												
41-1												
42-1												
43-1												
44-1												
45-1												
46-1												
47-1												
48-1												
49-1												

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 condições de pagamento e a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 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

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
ANDREIA OLIVEIRA FERREIRA DOS SANTOS

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
EDMILSON MITTO KAWAGUCHI

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
28/10/12, SP

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizador
28/10/12, SP

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/10/12, SP

53-Data, local e Assinatura da Empresa
28/10/12, SP