

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



492589
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 10/05/10 13/12/11	4-Data de Autorização 12/10/10 14/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8361768	7-Data Validade da Senha 10/3/10 16/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10/02/10 2/5/3/5/1/2/6/2/0/0/0/1/0/3	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA ISABELLY RAULINO DE OLIVEIRA					
20/09/2013					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano SUELY MONICA RAULINO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Matrimônio a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ODONTOLÓGICA NIPO-BRASILEIRA LTDA - ME		18-Número no CRO 53702	19-UF SP	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11/5/6/8/8/5/4/0/8/0/0/1/1/1			22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI	23-Número no CRO 53702	24-UF SP
25-Código CNES			26-UF SP	27-Número no CRO 53702	28-UF SP
29-Código CBO S					
26-Nome do Profissional Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI					
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 Glosa	42-Assinatura
1-0	10	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	54	0	1	6 1,10 0	10,10 0	1	10/04/11	1	Sueelly
2-0	10	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	55	0	1	6 1,10 0	10,10 0	1	10/04/11	1	Sueelly
3-0	10	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	64	0	1	6 1,10 0	10,10 0	1	10/04/11	1	Sueelly
4-0	10	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	65	0	1	6 1,10 0	10,10 0	1	10/04/11	1	Sueelly
5-0	10	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	84	0	1	6 1,10 0	10,10 0	1	10/04/11	1	Sueelly
6-0	10	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	6 1,10 0	10,10 0	1	10/04/11	1	Sueelly
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Total Franquia/Co-participação R\$	48-Total Franquia/Co-participação R\$	49-Observação						
1/1/1/1/1/1/1/1	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Totais 2-Parcial	3 6 6 10 0	021022225 / 00001-84	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 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(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, todo o valor devido a esta Operadora referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

UF: **Distrito Federal** **Vasconcelos Leite**
CPF: 429.948.948-90

CPF: 429.948.948-90

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/10/11
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/10/11
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/10/11
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/10/11