

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



412811
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 4-Data de Autorização 11/04/10 5-Seria AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 8027180 7-Data Validade da Seria 10/03/10 12/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202532762800000101 9-Plano 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

JOYCE FRANCISCO CARDOSO

18/02/1998

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano

JOYCE FRANCISCO CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI

18-Número no CRO 55535

19-UF SP

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE

11568911458071

22-Nome do Contratado Executante

LUCIANA MARY KAWAGUCHI

23-Número no CRO 55535

24-UF SP

25-Código CNES

26-Número no CRO 55535

28-UF SP

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY 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	01810000310	CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	134,00	0,00	134,00	11/04/10	11/04/10	11/04/10	
2-0	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	136,00	0,00	136,00	11/04/10	11/04/10	11/04/10	
3-0	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	136,00	0,00	136,00	11/04/10	11/04/10	11/04/10	
4-0	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	136,00	0,00	136,00	11/04/10	11/04/10	11/04/10	
5-0	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			11	136,00	0,00	136,00	11/04/10	11/04/10	11/04/10	
6-0					11	136,00	0,00	136,00	11/04/10	11/04/10	11/04/10	
7-0					11	136,00	0,00	136,00	11/04/10	11/04/10	11/04/10	
8-0					11	136,00	0,00	136,00	11/04/10	11/04/10	11/04/10	
9-0					11	136,00	0,00	136,00	11/04/10	11/04/10	11/04/10	
10-0					11	136,00	0,00	136,00	11/04/10	11/04/10	11/04/10	
11-0					11	136,00	0,00	136,00	11/04/10	11/04/10	11/04/10	
12-0					11	136,00	0,00	136,00	11/04/10	11/04/10	11/04/10	
13-0					11	136,00	0,00	136,00	11/04/10	11/04/10	11/04/10	
14-0					11	136,00	0,00	136,00	11/04/10	11/04/10	11/04/10	
15-0					11	136,00	0,00	136,00	11/04/10	11/04/10	11/04/10	

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dentia 4-Urgencial/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total 1178,00 48-Valor Total 1178,00 49-Tipo de Franquia / Co-participação R\$

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional da saúde e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que c(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, 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

07ª Oficina VASCONCELOS

CPF: 429.988.988-51

AV. P. RADA PINTO, 1.008 - 08080-000 - São Paulo/SP

0808-447.700

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante

11/09/11

51-Data Local e Assinatura do Cirurgião Dentista

11/09/11

52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/09/11

53-Data Local e Assinatura do Profissional Contratado

11/09/11