

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



306916
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 4-Data de Autorização 12/4/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7516241 7-Data Validade da Sentença 11/6/10 8-Data Validade da Guia 11/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10021021526874510000011011 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 GEOVANNA BANDEIRA SOTO 10/11/1999 14-Telefone (11) 39236118 15-Nome do titular do plano GEOVANNA BANDEIRA SOTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 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 / CPF 115689145807 22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 23-Número no CRO 55535 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 27-Número no CRO 55535 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-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	018	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	10,00	0,00	0	11/01/10	2010/01/10	2010/01/10
2-0	018	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	10,00	0,00	0	11/01/10	2010/01/10	2010/01/10
3-0	018	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	10,00	0,00	0	11/01/10	2010/01/10	2010/01/10
4-0	018	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	10,00	0,00	0	11/01/10	2010/01/10	2010/01/10
5-0	018	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	10,00	0,00	0	11/01/10	2010/01/10	2010/01/10
6-1	1		1	1	1							
7-1	1		1	1	1							
8-1	1		1	1	1							
9-1	1		1	1	1							
10-1	1		1	1	1							
11-1	1		1	1	1							
12-1	1		1	1	1							
13-1	1		1	1	1							
14-1	1		1	1	1							
15-1	1		1	1	1							
43-Data Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Total Quantidade R\$	48-Tipo de Faturamento	49-Reservação	50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	54-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	55-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

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, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Reservação

CNPJ: 429.949.948/90

CRO: 117.799

At. P. F. R. A. P. M. O. 1020 - SOBRELUGA

At. P. F. R. A. P. M. O. 1020 - SOBRELUGA

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista