

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
10/05/10 14/12/114-Data de Autorização
12/01/10 14/12/115-Senha
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
84515427-Data Validade da Senha
10/04/10 17/12/11515488
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10/02/10 12/05/10 06/01/12 815/01/119-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CARLOS EDUARDO PEREIRA SANTOS

12/07/1977

14-Telefone
(11) 23389445615-Nome do titular do plano
CARLOS EDUARDO PEREIRA SANTOS

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N17-Nome do Profissional Solicitante
CLINICA ODONTOLOGICA NIPPO-BRASILEIRA LTDA - ME18-Número no CRO
5370219-UF
SP20-Código CBO S
01025 -
Faturar Empresa21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11516885410801011122-Nome do Contratado Executante
EDMILSON MITO KAWAGUCHI23-Número no CRO
5370224-UF
SP

25-Código CHES

26-Nome do Profissional Executante
EDMILSON MITO KAWAGUCHI27-Número no CRO
5370228-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-Clid	36-Quantidade US	37-Máxilar	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moito da Glósa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0	10 10 0
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 4	1092102775 / 0001-84								

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 obrigações financeiras assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta o profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CPF: 429.948.948-90
CRO: 117.299NIPPO - BRASILEIRA S/A - L.P.
CNPJ: 06.601.012/99
CRO: 117.299

AV. P. R. DA SILVA - 1020 - SOBRADIA - DF - 06061-012/99

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Vill. 33 - BOM REPOZ - CHINHOES - SP

CNPJ: 06.601.012/99