



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

428965
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/6/11 4-Data de Autorização 12/7/10 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8094949 7-Data Validade da Semeta 12/4/10 12/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 6 1 8 7 0 0 0 0 0 1 0 1 0 1 9-Pano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 428965 INTERCÂMBIO

13-Nome PAULO ROGERIO DOS SANTOS 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano PAULO ROGERIO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN 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 1 5 6 8 8 5 4 0 8 0 0 22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI 23-Número no CRO 53702 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- 26-Nome do Profissional Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI 27-Número no CRO 53702 28-UF SP 29-Código CBO S 29-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

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	0	8	2	0	0	0	8	5	9			
		EXODONTIA DE RAIZ	47			1	1			12/1/11		
2-0	0	8	2	0	0	0	8	5	9			
		EXODONTIA DE RAIZ	37			1	1			12/1/11		
3-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
		RX PERIAPICAL	RME			1	1			12/1/11		
4-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
		RX PERIAPICAL	RMID			1	1			12/1/11		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão 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\$							
	1-1 2-1 3-1 4-1 5-1 6-1 7-1 8-1 9-1 10-1 11-1 12-1 13-1 14-1 15-1	1-Total 2-Parcial	1 7 4 0 10	10 7 7 0 10 10								

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 do profissional solicitante, pagar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folioaram 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.

48-Observação

PARADA PRN 1000 SOBRECARGA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 12/1/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/1/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/1/11 53-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 12/1/11 54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 56-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 57-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 58-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 59-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 60-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 61-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 62-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 63-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 64-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 65-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 66-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 67-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 68-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 69-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 70-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 71-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 72-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 73-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 74-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 75-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 76-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 77-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 78-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 79-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 80-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 81-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 82-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 83-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 84-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 85-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 86-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 87-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 88-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 89-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 90-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 91-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 92-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 93-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 94-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 95-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 96-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 97-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 98-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 99-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11 100-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 12/1/11