



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ººº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/7/11 11/12/10

4-Data de Autorização
11/4/11 12/12/10

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8061995

7-Data Validade da Santa
11/5/10 12/12/11

421060
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10 0 2 10 2 5 1 0 5 1 0 6 0 1 3 8 2 0 0 5

9-Piano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/1/11 11/1/11

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANDERSON MORI CRUZ

01/07/1982

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
FABRICIA DIAS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N LUCIANA MARY KAWAGUCHI

22-Nome do Contratado Executante
LUCIANA MARY KAWAGUCHI

18-Número no CRO
55535

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-Código CNES

25-Código CBO S

26-UF
SP

27-Número no CRO
55535

28-UF
SP

29-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

11 5 6 8 9 1 4 5 8 0 7

22-Nome do Contratado Executante
LUCIANA MARY KAWAGUCHI

23-UF
SP

24-UF
SP

25-Código CNES

26-UF
SP

27-Número no CRO
55535

28-UF
SP

29-Código CBO S

25-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-Clid	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 1 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4 1 0 0	0 1 0 0			11/6/12 12/12/10		
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			11/6/12 12/12/10		
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			11/6/12 12/12/10		
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			11/6/12 12/12/10		
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			11/6/12 12/12/10		
6-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			11/6/12 12/12/10		
7-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			11/6/12 12/12/10		
8-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			11/6/12 12/12/10		
9-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			11/6/12 12/12/10		
10-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			11/6/12 12/12/10		
11-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			11/6/12 12/12/10		
12-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			11/6/12 12/12/10		
13-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			11/6/12 12/12/10		
14-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			11/6/12 12/12/10		
15-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			11/6/12 12/12/10		

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\$
11/1/11 11/1/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	1 1 7 8 1 0 0	12295,60 001,84	12295,60 001,84

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

49-Observação

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

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente