



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



326205
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/10	4-Data de Autorização 10/11/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7642789	7-Data Validade da Guia 11/08/10
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020251105506014675011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ESTELA MARIA ROSA	29/09/1969	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ESTELA MARIA ROSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Atome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	18-Número no CRO 55535	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1156891145807	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	23-Número no CRO 55535	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	27-Número no CRO 55535	28-UF SP	29-Código CBO S (1) 81000421- (1) 81000421-	

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	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3	4,00			10/08/10		
2-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3	6,00			10/08/10		
3-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3	6,00			10/08/10		
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3	6,00			10/08/10		
5-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3	6,00			10/08/10		
6-0	0	EXODONTIA SIMPLES DE	27	1	1	7	3,00			10/08/10		
7-0	0	EXODONTIA DE RAIZ	37	1	1	7	3,00			10/08/10		
8-0	0	EXODONTIA A RETALHO	35	1	1	7	3,00			10/08/10		
9-0	0	EXODONTIA A RETALHO	17	1	1	7	3,00			10/08/10		
10-0	0	EXODONTIA A RETALHO	18	1	1	7	3,00			10/08/10		
11-0	0	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	1	4,00			10/08/10		
12-0	0	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	1	4,00			10/08/10		
13-0	0	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	1	4,00			10/08/10		
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 585,00	47-Valor Total R\$ 021072775/0001-84	48-Total Franquia / Coparticipação 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 os compromissos de adesão ao plano de saúde e autorizar 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.

48-Observação: Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Autorização do paciente para as solicitações de exodontias, será visto na produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/10 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado 06/10/10 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/10 [Assinatura]	53-Data, local e Assinatura da Empresa 06/10/10 [Assinatura]
AV. PARADA ENFO, 1020 - CORRETORES SÃO PAULO - SP			