



lançabilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



322926
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/06 4-Data de Autorização 11/01/06 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7626987 7-Data Validade da Senha 10/08/10 8-Data Validade da Senha 10/08/10 9-Data Validade da Senha 10/08/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100210215110515061011201717013 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/01/06 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LAVINIA DALBON SILVA

25/04/2013

14-Telefone (11) 39831998

15-Nome do Titular do plano CLEIA DALBON

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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

22-Nome do Contratado Executante

23-Número no CRO

24-UF SP

25-Código CNES

26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante

LUCIANA MARY KAWAGUCHI

27-Número no CRO

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-1001810010065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3141010	101010		SI	11/06/10		
2-1001840010090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	721010	101010		SI	11/06/10		
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												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Tipo de Faturamento	48-Total Quantidade US	49-Tipo de Faturamento	50-Total Quantidade US	51-Tipo de Faturamento	52-Tipo de Faturamento	53-Tipo de Faturamento	54-Tipo de Faturamento	55-Tipo de Faturamento
11/01/06	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Cronograma	4-Urgência/Emergência	11/01/06	11/01/06	11/01/06	11/01/06	11/01/06	11/01/06	11/01/06	11/01/06

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 garantir a obrigação de pagamento do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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-Observação

AV. PARADA PINTO, 1020 - SOBRERLEIA

VIA NOVA CANTO DEBENHA CEP 02011-002

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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 Beneficiário / Responsável