



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



335633
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/10/7/12/10	4-Data de Autorização 12/4/10/7/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7688936	7-Data Validade da Senha 10/5/11/10/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/3/0/6/4/8/6/0/0/0/0/1/0/1/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SERGIO IVAN MUNOZ MORALES				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	18-Número no CRO 55535	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11561891145807111	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	23-Número no CRO 55535	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RPID (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 81000421-RPIE (I) 85100218
26-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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	8100065				1	1	1	1	1	1	
2-0	0	8530047				1	1	1	1	1	1	
3-0	0	8530047				1	1	1	1	1	1	
4-0	0	8530047				1	1	1	1	1	1	
5-0	0	8530047				1	1	1	1	1	1	
6-0	0	8510020				1	1	1	1	1	1	
7-0	0	8510020				1	1	1	1	1	1	
8-0	0	8510020				1	1	1	1	1	1	
9-0	0	8200085				1	1	1	1	1	1	
10-0	0	8100042				1	1	1	1	1	1	
11-0	0	8100042				1	1	1	1	1	1	
12												
13												
14												
15												

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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Tipal 2-Perical	1611100	12102225,60	11

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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/10	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato 24/10/10
---	---	---	--