

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 12/2/10 4-Data de Autorização 10/8/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8408131 7-Data Validade da Sentença 12/10/10 8-Data Validade da Sentença 12/10/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10021022511055061041188021 9-Piano 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 MATHEUS MURARI DE SALES

10/05/2003

14-Teléfono 31982151372

15-Nome do titular do plano LUCIANA MURARI DE SALES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA NIPO-BRASILEIRA LTDA - ME

18-Número no CRO 53702

19-UF SP

20-Código CBO S 01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115681514081010 22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI

23-Número no CRO 53702

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI

27-Número no CRO 53702

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	08110001065	CONSULTA ODONTOLOGICA		1	1	34,00				10/04/11		
2-10	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00				10/04/11		
3-10	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00				10/04/11		
4-10	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00				10/04/11		
5-10	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00				10/04/11		
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 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1174,00 47-Valor Total R\$ 1210225,00 48-Total Franquia/Co-participação R\$ 1001,81

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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação NIPO-BRASILEIRA S/C. LTDA.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/8/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/11 53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/11 54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 10/10/11

SAO PAULO - SP