



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
09/11/2012

4-Data de Autorização
13/01/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8033460

7-Data Validade da Senha
10/12/2012

414371
INTERCÂMBIO

Unidade do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025325423000000900

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
BIANCO HAISI ASSESSORIA DE

11-Data Validade da Carteira
01/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JULYIA TAVARES RIBEIRO

26/05/2015

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
GLAUCIA ALINE TAVARES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
LUCIANA MARY KAWAGUCHI

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 / CNP / CPF
1156189145807

22-Nome do Contratado Executante
LUCIANA MARY KAWAGUCHI

23-Número no CRO
55535

24-UF
SP

25-Código CNES

Enviar - RX
(1) 85100218
(1) 81000421-RIS
(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
LUCIANA MARY KAWAGUCHI

27-Número no CRO
55535

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moio da Glosa	42-Assinatura
1-0	018100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				30/11/2012	6	
2-0	018400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00				30/11/2012	6	
3-0	0185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	75	VOL	1	12,00				30/11/2012	6	
4-0	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	55	DO	1	8,00				30/11/2012	6	
5-0	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	62	VM	1	8,00				30/11/2012	6	
6-0	0181000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00				30/11/2012	6	
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total RS	48-Franquia / Co-participação RS							
01/11/11	1-Treatamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total	2-Parcial	1418,00			10,00		

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 condições estabelecidas no presente documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
30/11/2012
CRO-30124014

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Titular
30/11/2012
CRO-30124014

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
30/11/2012
Glauca

53-Data, local e Assinatura 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 responsável por esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

SÃO PAULO - SP