



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



435013
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 12/12/10 4-Data de Autorização 11/04/11 12/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8119485 7-Data Validade da Soma 10/04/11 03/11/12 11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010121025110510510610131821013 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MELISSA DIAS CRUZ

03/11/2009

14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano FABRICIA DIAS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA NIPO-BRASILEIRA LTDA - ME 18-Número no CRO 53702 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

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-Fase	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	018100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,10	0,10	0,10	11/11/11	22/11/11	
2-10	018400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	7,2	10,10	0,10	0,10	11/11/11	22/11/11	
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 Previsto 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 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração: 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 obrigações 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 contratado, que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dir. Responsável

NIPO-BRASILEIRA S/C. LTDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

SÃO PAULO - SP