



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



382243
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10
 4-Data de Autorização 14/11/10
 5-Seritta AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7901550
 7-Data Validade da Seritta 12/11/12

8-Número da Carteira 101202153226840101010101021
 9-Planos POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GABRIEL FERNANDES MACIEL
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano ELISA FERNANDES

16-Atendimento a R# N
 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 Ocredora / CNPJ / CPF 1156891145807
 22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI
 23-Número no CRO 55535
 24-UF SP
 25-Código CNES
 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-Tabella	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-Volunt da Guia	42-Assinatura
1-0	010	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/10/10		Luciana
2-0	018	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00		S	11/10/10		Luciana
3-0	010	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00		S	11/10/10		Luciana
4-0	018	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00		S	11/10/10		Luciana
5-0	010	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00		S	11/10/10		Luciana
6-0	018	RESTAURAÇÃO RESINA			1	61,00	0,00		S	11/10/10		Luciana
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-Urgencial/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US 1235,00
 47-Valor Total R\$ 12112,295

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 para a realização do mesmo, bem como a pagar em minha conta, de profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação
 49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 51-Data, local e Assinatura do Profissional de Saúde
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Data, local e Assinatura da Empresa

BRASIL
 São Paulo, SP
 11/10/10
 CPF: 429.948.948-90