

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2010	4-Data de Autorização 25/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7639825	7-Data Validade de Sanha 15/10/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

325590
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020251050600816002	9-Plano 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

GRAZIELY BARBOSA DOS SANTOS OLIVEIRA 07/09/1996

15-Nome do titular do plano

MARIA RITA BARBOSA DOS SANTOS

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)

16-Atendimento a PN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	18-Número no CRO 122986	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131135742855	22-Nome do Contratado Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	23-Número no CRO 122986	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 86200158-47
26-Nome do Profissional Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	27-Número no CRO 122986	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-Cicl	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	1810100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	314100						
2-00	085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47	1	1	533100						
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 567100	47-Valor Total R\$ 10100	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

Ex na sistema

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 12/5/10/06/1201	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 12/5/10/06/1201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/5/10/06/1201	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/5/10/06/1201
--	--	--	--

Dra. Gisele Cristina Kimura IUASSACA
 CR057422986