

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/4/10 8/12/10	4-Data de Autorização 11/3/10 8/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7761736	7-Data Validade da Senha 10/2/11 11/2/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012102151101510160118151601021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome VAGNER FURTADO DE AQUINO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ALAEINIA LUNA DE AQUINO
-------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	18-Número no CRO 122986	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (11) 85200166-15
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13111315171412815151111	22-Nome do Contratado Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	23-Número no CRO 122986	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	----------------------------	-------------	----------------

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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes	42-Assinatura
1-10	0181512001166	TRATAMENTO ENDODONTICO	15	1	1	258,00	0,10	0	1	11/3/10	10/10/10	
2-1												
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 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 258,00	47-Valor Total R\$ 0,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

Bo na semana

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/3/10 8/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/3/10 8/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/3/10 8/12/10	53-Data, local e Contato da Empresa 11/3/10 8/12/10
--	--	--	--

Dr. Gisele Cristina Kimura
CRO 122986