



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



532040
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 4-Data de Autorização 10/6/10 5-Setor AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8614602 7-Data Validade da Guia 12/2/10 7/1/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020202510150600798501 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome REGINA RODRIGUES BORGES

08/07/1971

14-Telefone (11) 319471204

15-Nome do titular do plano REGINA RODRIGUES BORGES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA NIPQ-BRASILEIRA LTDA - ME

18-Número no CRO 53702

19-UF SP

20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1156885408001111 22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI

23-Número no CRO 53702

24-UF SP

25-Código CNES 025 - Faturar Empresa

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-Face	35-Clínica	36-Quantidade US	37-Volúme	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46	1	7300	0,00	0,00	0,00	07/05/2021		
2	010	81000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1400	0,00	0,00	0,00	07/05/2021		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Taxa Franquia/Co-participação R\$	49-Taxa Total R\$	50-Taxa Total R\$	51-Taxa Total R\$	52-Taxa Total R\$	53-Taxa Total R\$	54-Taxa Total R\$	55-Taxa Total R\$
11/1/11	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total	2-Parcial	87,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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 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

VILA ADYLA CACHOEIRINHA - SÃO PAULO - SP

50-Data, local e Assinatura do Conselho-Parâmetro Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa