

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/07 12:01	4-Data de Autorização 14/11/07 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7698530	7-Data Validade da Senha 10/9/11 01:21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

337824
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012102511055060078799011	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 JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA
--------------------------------------	-------------------------------	--

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
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131113571428551111	22-Nome do Contratado Execuante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	23-Número no CRO 122986	24-UF SP	25-Código CNES Envia - RX (1) 85100200
---	--	----------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Execuante 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-Método da Gisa	42-Assinatura
1-0	0185110021010	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,10	0,00	0,00	0,00	11/11/07	10:21	28/11/07
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 88,10	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) 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

Por via Sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/07 12:01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/07 12:01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/07 12:01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/07 12:01
---	---	---	---

Dr. Gisele Cristina Kimura IUASSACA
 CR053122986
 CROSP 122986