



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



513504
INTERCÂMBIO

Identificado para você aqui!

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 01/10/14
 4-Data de Autorização 11/09/14
 5-Senha Autorizado 8443755
 6-Número da Guia Principal 8443755
 7-Data Validade da Senha 30/10/16
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025105506019546011
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Nome do titular do plano FABIO LUIZ DE MELO TEIXEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aprendimento a RN N
 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA NIPO-BRASILEIRA LTDA - ME
 18-Número no CRO 53702
 19-UF SP
 20-Código CBO S 01
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15688540800
 22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI
 23-Número no CRO 53702
 24-UF SP
 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100200
 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-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00 | 81000065 | CONSULTA ODONTOLOGICA | | | 1 | 34,00 | 0,00 | | | 15/10/14 | | Fabio Te |
| 2-00 | 82000859 | EXODONTIA DE RAIZ | | | 1 | 73,00 | 0,00 | | | 15/10/14 | | Fabio Te |
| 3-00 | 82000859 | EXODONTIA DE RAIZ | | | 1 | 73,00 | 0,00 | | | 15/10/14 | | Fabio Te |
| 4-00 | 82000859 | EXODONTIA DE RAIZ | | | 1 | 73,00 | 0,00 | | | 15/10/14 | | Fabio Te |
| 5-00 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA | | | 1 | 88,00 | 0,00 | | | 15/10/14 | | Fabio Te |
| 6-00 | | | | | | | | | | | | |
| 7-00 | | | | | | | | | | | | |
| 8-00 | | | | | | | | | | | | |
| 9-00 | | | | | | | | | | | | |
| 10-00 | | | | | | | | | | | | |
| 11-00 | | | | | | | | | | | | |
| 12-00 | | | | | | | | | | | | |
| 13-00 | | | | | | | | | | | | |
| 14-00 | | | | | | | | | | | | |
| 15-00 | | | | | | | | | | | | |

43-Data Previsão Término do Tratamento
 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US 341,00
 47-Valor Total R\$ 02102225,00
 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 7,00

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 responsável, e a pagar em meu nome e por minha conta, o valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/14 Fabiano
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/14 Fabiano
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/14 Fabio Teixeira
 53-Data, local e Assinatura do Operador 11/10/14 FABIO SP

NIPO - BRASILEIRA S/C. LTDA.
 AV. PARADA PINTO, 1020 - SOBRADIA