

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^oº



318752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/06 4-Data de Autorização 11/01/06 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7603497 7-Data Validade da Sentença 13/01/08 8-Data Validade da Carteira 12/01/02

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12/01/02 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RAFAEL DALBON SILVA 14-Teléfono (11) 139831986 15-Nome do titular do plano CLEIA DALBON

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 18-Número no CRO 55535 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15689145807 22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 23-Número no CRO 55535 24-UF SP 25-Código CNES (0) 85100200

26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 27-Número no CRO 55535 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- Cnt	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Molho da Glosa	42- Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OD	1	8,00	0,00			19/06/2015		<i>Luciana</i>
2-												
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 8,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 obrigações de pagamento das despesas com o tratamento, incluindo os custos previstos em 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 a prestação de serviços de saúde em esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
NPO. BRASILEIRA S/C. LTDA.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/06/2015 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/2015 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/2015 53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 10/06/2015

CRD-SP 124014

SÃO PAULO - SP