



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º NF



358532
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 8/12/10	4-Data de Autorização 12/4/10 8/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7794928	7-Data Validade da Série 11/5/11 11/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202025314114010001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome EDVALDO SILVA MOTA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EDVALDO SILVA MOTA
-------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RT N	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 (1) 85100218
21-Código na Odenabeta / CNPJ / CPF 115689145807	22-Nome do Contratado Exequatante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	23-Número no CRO 55535	24-UF SP	25-Código ONES
26-Nome do Profissional Exequatante 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-Cid	36-Quantidade US	37-Nº de	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Idoneo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				11/08/10		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	13,60				11/08/10		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	13,60				11/08/10		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	13,60				11/08/10		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	13,60				11/08/10		
6-00	85100019	RESTAURAÇÃO RESINA	27 O	1	1	16,10				11/08/10		
7-00	85100021	RESTAURAÇÃO RESINA	26 DOM	1	1	12,20				11/08/10		
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista 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 316,10	47-Total Franquia / Co-participação R\$ 02107225 / 0001-04
--	---	--	----------------------------------	---

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 condições de pagamento e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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, a assinatura desse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a alca com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

CPF: 429.948.544-86
CRO: 117.189

Foto gravado

AV. PARADA PINTO, 1020 - SOBRERLEIA

CEP 02611-002

50-Assinatura Local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 11/08/10	51-Assinatura Local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/08/10	52-Assinatura Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/10	53-Assinatura Local e Assinatura do Profissional Exequatante 11/08/10
--	--	--	--