



lançamentos para você emitir

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2Aº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 4-Data de Autorização 10/8/10 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7523820 7-Data Validade da Santa 12/12/10

308010  
INTERCÂMBIO

### Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020251105506011789402 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NILZA DELFINO DE OLIVEIRA SIMOES 20/01/1972 14-Telefone 13135151605 15-Nome do titular do plano GERSON CRISTIANO SIMOES

### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 18-Número no CRO 55535 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115689114581071 22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 23-Número no CRO 55535 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 27-Número no CRO 55535 28-UF SP 29-Código CBO S

### Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição           | 33- Dente/Região | 34- Faixa | 35- Qtd | 36- Quantidade US | 37- Valor | 38- Franquia/Co-participação R\$ | 39- Aut | 40- Data de Realização | 41- Monto da Glosa | 42- Assinatura |
|------------|----------------------------|-------------------------|------------------|-----------|---------|-------------------|-----------|----------------------------------|---------|------------------------|--------------------|----------------|
| 1-00       | 81000065                   | CONSULTA ODONTOLÓGICA   | 1                | 1         | 1       | 34,10             | 0,00      | 0,00                             | 0,00    | 01/01/10               | 0,00               |                |
| 2-00       | 85300047                   | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | 1                | 1         | 1       | 36,10             | 0,00      | 0,00                             | 0,00    | 01/01/10               | 0,00               |                |
| 3-00       | 85300047                   | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | 1                | 1         | 1       | 36,10             | 0,00      | 0,00                             | 0,00    | 01/01/10               | 0,00               |                |
| 4-00       | 85300047                   | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | 1                | 1         | 1       | 36,10             | 0,00      | 0,00                             | 0,00    | 01/01/10               | 0,00               |                |
| 5-00       | 85300047                   | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | 1                | 1         | 1       | 36,10             | 0,00      | 0,00                             | 0,00    | 01/01/10               | 0,00               |                |
| 6-00       |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                    |                |
| 7-00       |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                    |                |
| 8-00       |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                    |                |
| 9-00       |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                    |                |
| 10-00      |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                    |                |
| 11-00      |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                    |                |
| 12-00      |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                    |                |
| 13-00      |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                    |                |
| 14-00      |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                    |                |
| 15-00      |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                    |                |

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 1178,10 47-Valor Total 021027225/1001184

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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, ao profissional contratado, que assinar esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

### 48-Observação

AV. PARADA PINHEIRO, 42998-900 SÃO PAULO - SP  
VILA NOVA CAÇOEIRA, 11111-111 SÃO PAULO - SP

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/01/10 Delfino 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/01/10 Delfino 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/10 Nilza 53-Data, local e Cartão da Empresa 01/01/10 PAULI