



Interquidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



313714
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/15 11:20	4-Data de Autorização 10/18/16 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7566379	7-Data Validade da Senha 13/10/18 11:20
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 100210251105506101789404	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 BRUNA MAYARA DELFINO DE OLIVEIRA SIMOES	22/05/1998	14-Telefone (11) 3113515105	15-Nome do titular do plano GERSON CRISTIANO SIMOES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	18-Número no CRO 55535	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 151689145807	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	23-Número no CRO 55535	24-UF SP
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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	161100	0,10	0	0	01/10/2015		
2-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	161100	0,10	0	0	01/10/2015		
3-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61100	0,10	0	0	01/10/2015		
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,10	47-Valor Total R\$ 021022250	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000184
--	--	---	----------------------------------	---------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente 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, pelo profissional responsável, que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/15	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/16	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/16	53-Data, local e Assinatura do Operador / RUA 01/10/16
---	---	---	---