

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Dado de Emissão da Guia 10/11/10 6/12/10 4-Data de Autorização 11/01/10 6/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7603355 7-Data Validade de Serina 13/10/10 8/12/10

318721
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/02/10 2/5/11 0/5/10 6/0/12 0/7/7/0/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 13/9/8/3/9/9/8/6 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome CLEIA DALBON 14-Teléfono 05/12/1980 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 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115689145807 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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,0			10/06/10		
2-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,0			10/06/10		
3-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,0			10/06/10		
4-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,0			10/06/10		
5-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,0			10/06/10		
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 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 1178,00 47-Valor Total R\$ 02102225/0001184 48-Observação

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 assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta o profissional contratado, que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

Dr. Lúcia Tralça Jordão CRD-SP 124014 Dr. Lúcia Tralça Jordão CRD-SP 124014 Dr. Lúcia Tralça Jordão CRD-SP 124014

AV. PARADA PINTO, 1020 - SOBRITONA

NIPPO - BRASILEIRA S/C. LTDA