

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



506923
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
4066414

3-Data de Emissão da Guia
23/10/2011

4-Data de Autorização
10/11/2011

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8416197

7-Data Validade da Sentença
12/11/2011

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025105506017716011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

15-Nome do titular do plano
ALEXANDRE DE LIMA PEREIRA

17/07/1995

14-Telefone
() - - - - -

13-Nome
ALEXANDRE DE LIMA PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
CLINICA ODONTOLÓGICA NIPO-BRASIL EIRA LTDA - ME

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
156885408001

22-Nome do Contratado Executante
EDMILSON MITTO KAWAGUCHI

26-Nome do Profissional Executante
EDMILSON MITTO KAWAGUCHI

18-Número no CRO
53702

19-UF
SP

20-Código CBO S
01

23-Número no CRO
53702

24-UF
SP

25-Código CNES
025 -

27-Número no CRO
53702

28-UF
SP

29-Código CBO S
(I) 85100200
(II) 85100200

30-Fratura/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Gloriosa

42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Registo	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	5107/04/01	1	10/11/2011	1	
2-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IMD	1	12,00	0,00	5107/04/01	1	10/11/2011	1	
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	5107/04/01	1	10/11/2011	1	
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	5107/04/01	1	10/11/2011	1	
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	5107/04/01	1	10/11/2011	1	
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00	5107/04/01	1	10/11/2011	1	
7-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00	5107/04/01	1	10/11/2011	1	
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Total Fratura / Co-participação R\$

48-Total Fratura / 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 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 e risco a(s) prestação(es) de serviço(s) contratada(s) que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

AV. PARADA 3110 - 1920 - SOBRAL - CE

1