

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/08/12/01	4-Data de Autorização 11/1/08/12/01	5-Senhá AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7770621	7-Data Validade da Senha 10/5/11/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

353154
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02/53/06/30/10/00/00/10/11	9-º Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	----------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome NILTON CARLOS RIBEIRO DOS SANTOS	09/08/1983	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano NILTON CARLOS RIBEIRO DOS SANTOS
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acadêmico a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	18-Número no CRO 122986	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
------------------------	--	----------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131113157428151111	22-Nome do Contratado Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	23-Número no CRO 122986	24-UF SP	25-Código CNES
---	---	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	27-Número no CRO 122986	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gêsa	42-Assinatura
1-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	161,00	0,00	0,00	51	11/11/08	122986	SP
2-1												
3-1												
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 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 61,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / 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 cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Foto na xfe

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/08/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/08/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/08/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/08/12/01
---	---	---	---

Dr.ª GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA
Cirurgiã Dentista
CROSP 122986