



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



320819
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2000	4-Data de Autorização 10/06/2000	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7615232	7-Data Validade da Senha 10/02/2009
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

320819
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 01012025270885000000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde JULIANA NUNES RODRIGUES
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome ISADORA NUNES RODRIGUES	14-Telefone (11) 71813147019	15-Nome do titular do plano JULIANA NUNES RODRIGUES
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	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15689145807111
22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	23-Número no CRO 55535	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	26-Número no CRO 55535	27-Código CBO S 29

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
---	--

31-Tabela	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Volunt	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	ODV	1	12200	0,00	5106102100				Isadora
2-1111111111											
3-1111111111											
4-1111111111											
5-1111111111											
6-1111111111											
7-1111111111											
8-1111111111											
9-1111111111											
10-1111111111											
11-1111111111											
12-1111111111											
13-1111111111											
14-1111111111											
15-1111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 12200	47-Valor Total R\$ 12200,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	--------------------------------	---

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 condições de pagamento e a pagar 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, ao profissional contratado, 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 06/05/2000	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/05/2000	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/05/2000	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/05/2000
---	---	---	---

SAO PAULO SP