



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012 4-Data de Autorização 12/07/2012 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 7796684 7-Data Validade da Guia 11/08/2012 8-Data Validade da Guia 11/08/2012

358954 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 0002025311647000010101

5-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/08/2012

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

MARIA JOSE BATISTA DA SILVA

12/02/1980

14-Telefone

15-Nome do titular do plano MARIA JOSE BATISTA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Arrendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI

18-Número no CRO 55535

19-UF SP

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código de Operadora CNAJ/OPF 1156189114581071 22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI

23-Número no CRO 55535

24-UF SP

25-Código CNES

(1) 85100200

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

30-1-Indice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válv	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				27/08/2012		
2-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00				27/08/2012		
3-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00				27/08/2012		
4-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00				27/08/2012		
5-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00				27/08/2012		
6-00	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25 OM	1	1	88,00				27/08/2012		
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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-Toda 2-Parcial

46-Total Quantidade US 266,00

47-Valor Total R\$ 2102225/0001.84

Declaração: 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 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), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado, sob a presente declaração, os valores referentes ao tratamento realizado, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

VILA NOVA CAÇOEIRINHA - CEP 02611-002

Cirurgião Dentista

SÃO PAULO - SP

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 Carimbo da Empresa