

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 4-Data de Autorização 11/5/11 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7916403 7-Data Validade da Semna 12/8/11 12/12/10 385697 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101202511055060077490121 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CAROLINA HONORATO FANTE

15/10/2001

14-Teléfono (111) 37911975

15-Nome do titular do plano SOLANGE CRISTINA FANTE

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 11568911458107

22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI

23-Número no CRO 55535

24-UF SP

25-Código CNIES

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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentier/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Volair	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glisa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				11/5/11	19/20	pink
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				11/5/11	10/20	pink
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				11/5/11	10/20	pink
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				11/5/11	10/20	pink
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				11/5/11	10/20	pink
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

02102225/0001-84

43-Data Previsão 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\$ CLÍNICA ODONTOLÓGICA 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 a pagar, 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, 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

Dr. Deborá Vasconcelos Leite

CPF: 429.948.948-90

CRC: 11.799

VILA NOVA

SAÚDE E ALTO

11/5/11

11/5/11

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/5/11/10/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/5/11/10/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/11/10/10

53-Data, local e Cartão da Empresa 11/5/11/10/10