



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



360660
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08	4-Data de Autorização 12/21/09	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7804509	7-Data Validade da Senha 11/8/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025105506007774021	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 JULIA DE PAULA LEMOS OLIVEIRA					
14-Telefone (11) 240114968					
15-Nome do titular do plano MARIA INES DE PAULA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Mendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL	18-Número no CRO 86554	19-UF SP	20-Código CBO S 02	25-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13013360180867	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNES	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-001810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	3400	0100
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/21/09					
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 3400					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/21/09					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/21/09					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/21/09					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima não foram realizados com meu consentimento e/ou 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.

DR. MARCELO SHIWA
CROSP: 86.554

DR. MARCELO SHIWA
CROSP: 86.554

DR. MARCELO SHIWA
CROSP: 86.554

DR. MARCELO SHIWA
CROSP: 86.554

DR. MARCELO SHIWA
CROSP: 86.554