



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

315172
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/05 12:01	4-Data de Autorização 12/01/05 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7575366	7-Data Validade da Senha 18/01/08 12:01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10020202510550600115103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome TALITA FERRAZ MATAVELLI	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CINTIA BERNADETE MATAVELLI	16-Atendimento 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	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 130336080867	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP
25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA	27-Número no CRO 86554	28-UF SP	29-Código CBO S	30-Tabela 31-Código do Procedimento 10085100218
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 46 MOD 1	34-Face MOD 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 12200	37-Valor 00000000
38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut S	40-Data de Realização 21/05/12	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	43-Data Previsão Término do Tratamento 21/05/12	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\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	49-Observação	
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 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.					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Solicitante 21/05/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/05/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa		