



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

franquizado para você agir

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/12 11/12/12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8137826	7-Data Validade da Senha 11/11/12 11/12/12 01	439140 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202511602800004503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa WG MA COMERCIO DE BATERIAS			
13-Nome SAMANTA LIMA MATIAS FELIX		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano MARCOS RUBENS FELIX DOS SANTOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alinhamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL	18-Número no CRO 86554	19-UF SP	20-Código CBO S 02	025 - Faturar Empresa
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		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabula 1-00181000030	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 340,00
37-Valor 0,00					
38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00					
39-Aut S					
40-Data de Realização 12/11/12					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura x Jemante					
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/12					
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 340,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
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 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.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante 12/11/12					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/12 x Jemante					
52-Data, local e Caimbo da Empresa 11/11/12					