



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011	4-Data de Autorização 11/01/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8065833	7-Data Validade da Sentença 11/02/11	422029 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário							
8-Número da Carteira 010202510510601917902	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 LAIS FERREIRA CANJIRANA	31/08/2009	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano REGIANE ANDREIA FERREIRA CANJIRANA				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento							
16-Alimentação 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	025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1303360801867	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-Tabela 1-001810000065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLOGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 3400	35-Old 1	36-Quantidade US 3400	37-Valor 000	
31-Código do Procedimento	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura						
1-001810000065	19/11/2011 x fatura						
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							
7-							
8-							
9-							
10-							
11-							
12-							
13-							
14-							
15-							
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11							
44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortodontia 4 Urgência/Emergência							
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 3400							
46-Total Quantidade US 3400							
47-Valor Total R\$ 000							
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000							
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) acima, a(s) 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 da Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11							
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11							
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11							
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11							