



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



298820
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/03	4-Data de Autorização 05/10/05	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7468365	7-Data Validade da Senha 08/10/06
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202527916700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SILVIA HELENA DA SILVA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano FLAVIO ALVES DOS SANTOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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	25 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13013160801867	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	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-001812000875	EXODONTIA SIMPLES DE	14	1	7300	0100
2-001812000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17	1	7300	0100
3-111111111111					
4-111111111111					
5-111111111111					
6-111111111111					
7-111111111111					
8-111111111111					
9-111111111111					
10-111111111111					
11-111111111111					
12-111111111111					
13-111111111111					
14-111111111111					
15-111111111111					
43-Data Previsão Término do Tratamento 04/05/10					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
47-Valor Total R\$ 146,00					
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 Enviado uma guia para o paciente.					
Favor anexar RX inicial e final para produção.					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/05/10					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante 04/05/10					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/05/10					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					