



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



405410
INTERCÂMBIO

Resolução nº 136/2007

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2012	4-Data de Autorização 27/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7997805	7-Data Validade da Senha 24/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020251050601905703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ALINE TENORIO DE LIMA BERGAMINI	15/10/1992	14-Telefone () 39333839	15-Nome do titular do plano PAULO CESAR BERGAMINI
--	------------	-----------------------------	--

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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 30336080867	22-Nome do Contratado Excitante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Excitante 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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	23/11/2012		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	23/11/2012		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	23/11/2012		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	23/11/2012		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/11/2012	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Fractal	46-Total Quantidade US 144,00	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 Solicitante 23/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 23/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dr. Marcelo Shiva C.D.
CRO-SP: 86554
Cirurgia e Traumatologia Bucal
Maxilo-Facial e Radiologia

Dr. Marcelo Shiva C.D.
CRO-SP: 86554
Cirurgia e Traumatologia Bucal
Maxilo-Facial e Radiologia