

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

333461
 INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sentença
 3 0 / 0 9 / 2 0

6-Número da Guia Principal
 7679647

5-Sentença
 AUTORIZADO

4-Data de Autorização
 1 5 / 0 7 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
 0 2 / 0 7 / 2 0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 0 7 9 5 0 1

13-Nome
 CRISTIANE VIEIRA BATISTA

10-Empresa
 INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

14-Telefone
 () - - - - -

15-Nome do titular do plano
 CRISTIANE VIEIRA BATISTA

16-Número no CRO
 86554

17-Nome do Profissional Solicitante
 ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL

18-UF
 SP

19-UF
 SP

20-Código CBO S
 02

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 3 0 3 3 6 0 8 0 8 6 7

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

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franchia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

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(ram) 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.