



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



326905
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2010	4-Data de Autorização 12/03/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7646233	7-Data Validade da Senha 11/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020251055060110440031	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 RAPHAEL YUI DOS SANTOS TAKARABE	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROGERIO TAKARABE
--	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento 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	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1303361080867	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-Fratura/Co-participação R\$ 025 - Faturar Empresa
------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--	---	---------------------------	-------------	----------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--

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 Glosa	42- Assinatura
1	00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				11/09/2010		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/06/2010	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 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	---	--	---------------------------------	-----------------------------	---

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 no 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 13/06/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/06/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/06/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---