



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



32911111111111111111

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/10 10:20	4-Data de Autorização 04/11/11 12:00	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8011610	7-Data Validade da Semeta 28/10/11 12:11
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

408625
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120253229168000001021	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 CLAUDIA MARIA DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JAQUELINE ELLEN SILVA DE OLIVEIRA
-----------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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 CNES 025 - Faturar Empresa
-----------------------	--

22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP
---	---------------------------	-------------

25-Código CBO S 26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA	27-Número no CRO 86554	28-UF SP
--	---------------------------	-------------

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	36	1	73,00	0,00	04,11	20			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/11/10	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

Envio de imagem pelo correio.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/10
---	---	---	---

Dr. Marcelo Shima
Cirurgia e Tratamento Maxilo Facial e Maxilo Facial e Maxilo Facial