



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



316120
INTERCAMBIO

Identificação: 00000000000000000000

1-Registro ANS 4006414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/05	4-Data de Autorização 12/12/05	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7585935	7-Data Validade da Senha 12/01/08
---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202510550601446601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 12/12/05	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome

MARA MADALENA MURCELLI SANTOS	08/01/1966	14-Telefone (11) 24221275	15-Nome do titular do plano MARA MADALENA MURCELLI SANTOS
-------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Antendimento 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 025 -
---------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

300336080867	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26	1		7300	0,00		S	29/05/2006		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
29/05/06	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	73,00	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

. Favor anexar RX Inicial e Final para produção.

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

29/11/05	
----------	--

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

29/11/05	
----------	--

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

29/11/05	
----------	--

53-Data, local e Carimbo da Empresa

--	--