



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



329693
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2016	4-Data de Autorização 12/09/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7661206	7-Data Validade da Senha 12/09/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 002020252966140000010101	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 MICHELLE GONCALVES DIAS CABREIRO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano MICHELLE GONCALVES DIAS CABREIRO	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	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 130336080867	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNES Envia - RX (1) 82001294-48	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00082001294										1	00082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48	1	1	186,00	0,00	0,00	12/09/2016	21/07/2016	
2-1										2	1										
3-1										3	1										
4-1										4	1										
5-1										5	1										
6-1										6	1										
7-1										7	1										
8-1										8	1										
9-1										9	1										
10-1										10	1										
11-1										11	1										
12-1										12	1										
13-1										13	1										
14-1										14	1										
15-1										15	1										

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/07/2016	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 186,00	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), (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 Enviado imagem para pater	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/07/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/07/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/07/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	---	-------------------------------------