

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



371681
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 09/12/01	4-Data de Autorização 11/01/01 09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7854436	7-Data Validade da Senha 10/07/11 12/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10/02/02 51/05/05 01/06/00 34/11/00 01/21	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome CHRISTIANE PRESSI SALLES	14/10/1969	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUIZ GUSTAVO SALLES
-------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 303360808671	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNES	26-Código CBO S
---	---	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

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
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	5114/09/12/01				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/10/09/12/01	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 61,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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
Imagem analisada

Dr. Marcelo Shiw
Ortopedia Facial/Radiol
CROSP 86.554

Dr. Marcelo Shiw
Ortopedia Facial/Radiol
CROSP 86.554

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/09/12/01

53-Data, local e Carimbo da Empresa