



Resquício para uso de RNF

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



334987
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 00/06/10 07/12/00	4-Data de Autorização 11/06/10 07/12/00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7686020	7-Data Validade da Senha 04/11/10 11/12/00
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202510550601747601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA			
11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ROSELI FERNANDES MONTEIRO					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano ROSELI FERNANDES MONTEIRO					
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 301336080867					
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-Tabela 31-Código do Procedimento					
32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA					
33-Dente/Região 45					
34-Face O					
35-Qtd 1					
36-Quantidade US					
37-Valor 61,00					
38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00					
39-Aut S					
40-Data de Realização 16/07/10					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura X					
43-Data Previsão Término do Tratamento 16/10/10					
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 61,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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	50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/07/10	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------