



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



315045
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/05 15/12/01	4-Data de Autorização 12/01/05 15/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7574548	7-Data Validade da Senha 18/01/08 11/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1010202510510506014466021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FLAVIO MURCELLI DE MATTOS					
14-Telefone (11) 242211275					
15-Nome do titular do plano MARA MADALENA MURCELLI SANTOS					
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	20-Código CBO S 02
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13033160801867					
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-Qtd
1-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0100
2-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36100	0100
3-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36100	0100
4-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36100	0100
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 12/01/05 11/12/01					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 114400					
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 12/01/05 20					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/05 11/12/01					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/05 11/12/01					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					