



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



Reservado para uso exclusivo

334987
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2017 12:00	4-Data de Autorização 16/07/2017 12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7686020	7-Data Validade da Senha 10/04/2017 12:00
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 100202025105060174716011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome ROSELI FERNANDES MONTEIRO		14-Telefone (11) 11111111	
15-Data de Emissão da Guia 10/06/2017 12:00		16-Data de Autorização 16/07/2017 12:00		17-Senha AUTORIZADO		18-Número da Guia Principal 7686020	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-UF SP		20-Código CBO S 02		21-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		22-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 303360808067		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-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										31-Franchisa/Co-participação R\$	32-Aut	33-Data de Realização	34-Motivo da Guia 42-Assinatura
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura		
1-001851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	1	61,00	0,00	0,00	S	16/07/17			
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 16/07/2017	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 61,00	47-Valor Total US 0,00	48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------	---------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, concordo com a execução do tratamento, comprometendo-me a 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 16/07/2017	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/2017	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------