

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



313763
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 21/10/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7566834	7-Data Validade da Sentença 13/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 000202510550601118901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome FABIANA AKEMI UEHARA DE CARVALHO	23/04/1978	14-Telefone (11) 245115745	15-Nome do titular do plano FABIANA AKEMI UEHARA DE CARVALHO
---	------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL	18-Número no CRO 86554	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 30336080867	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP
25-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	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 Guia	42-Assinatura
1-00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48	1	1	61,00	0,00			03/06/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/10/2012	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 361,00	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) 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.

48-Observação
Enviado imagem para portal.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--