



Especializada para você

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



361980
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/08/2010	4-Data de Autorização 31/08/2010	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7813061	7-Data Validade da Sineta 20/11/2010	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 000202531356700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	15-Nome do titular do plano LEANDRO NOELI DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL	18-Número no CRO 86554	19-UF SP	20-Código CBO S 02	25-Código CNES 86554	29-Código CBO S 86554
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 130336080867	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNES 86554	29-Código CBO S 86554	
26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA	Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47 OV 1	8800	000	000	000	000	000	S	31/08/2010	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/08/2010	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 8800	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000
--	--	---	--------------------------------	---------------------------	--

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 Responsável 31/08/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------