

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



323700
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 16:12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7630451	7-Data Validade da Senha 11/01/19 12:01
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020251050601168401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ROSEMEIRE DE LOURDES AGUIAR	
13-Nome ROSEMEIRE DE LOURDES AGUIAR		20-Código CBO S 02		25-Código CNES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 86554		19-UF SP	20-Código CBO S 02	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Solicitante 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 Olosa 42-Assinatura																						
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 130131360801867		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		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 Olosa 42-Assinatura	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																							
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 Olosa 42-Assinatura												
1-001851100201		RESTAURAÇÃO RESINA	13	DM	1	88,00	0,00	0,00															
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/10/10 16:12:01	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 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, 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, foi(foram) realizado(s) por mim assinado(s), fui(foram) realizado(s) por meu representante 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, com prometer-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/10 16:12:01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/10 16:12:01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/10 16:12:01	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------