

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



419107
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/14/11 11/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8053935		7-Data Validade da Senha 11/21/02 11/21/11	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 01020125429350001113051									
9-Plano POS REDE PRESTADORA									
10-Empresa O V D IMPORTADORA E									
11-Data Validade da Carteira 11/11/11									
12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
13-Nome BERNARDO SILVA ZAMPERETI									
14-Telefone () 11 11 11 11 11 11									
15-Nome do titular do plano MARCIO MANGOLIN ZAMPERETI									
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 3013160180867									
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\$									
40-Data de Realização									
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura									
1-018100030 CONSULTA ODONTOLÓGICA									
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 Previsto Término do Tratamento									
44-Tipo de Atendimento									
45-Tipo de Faturamento									
46-Total Quantidade US									
47-Valor Total R\$									
48-Total Franquia / Co-participação R\$									

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 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 Solitante

51-Data-Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data-Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Marcelo Shiwa
CROSP 86.554

Dr. Marcelo Shiwa
CROSP 86.554

Dr. Marcelo Shiwa
CROSP 86.554

Dr. Marcelo Shiwa
CROSP 86.554