

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



324208
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 19/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7632872	7-Data Validade da Senha 13/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00020251050601609602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JHONATHAN ROQUE BALDUINO DE GODOY	26/11/1990	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano AMANDA STEFANY SANTOS GODOY
--	------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 30360808671	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	18-Número no CRO 86554	19-UF SP	20-Código CBO S 02	24-UF SP	25-Código CNES	025 - Faturar Empresa
--	---	---------------------------	-------------	-----------------------	-------------	----------------	--------------------------

26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA	27-Número no CRO 86554	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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 Glosa	42-Assinatura			
1-0	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	73,00	0,00								
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/06/2012	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 173,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) 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 Enviado mensagem para pasta	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/06/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/06/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/06/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	---	--