

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



358346
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7794011	7-Data Validade da Senha 15/11/2012
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 002020253013830000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MILTON JOSE DA SILVA NETO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MILTON JOSE DA SILVA NETO
--------------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL	18-Número no CRO 86554	19-UF SP	20-Código CEO S 02	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 30336080867	22-Nome do Contratado Excutante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNES	26-Número no CRO 86554	27-UF SP	28-Código CEO S
---------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------	---------------------------	-------------	-----------------

29-Nome do Profissional Excutante MARCELO SHIWA	30-Tabela 31-Código do Procedimento 100851100196	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 47	34-Face O	35-Qtd 1	36-Quantidade US 6100	37-Valor 0100	38-Franquia/Co-participação R\$ 0100	39-Aut S	40-Data de Realização 18/08/2010	41-Motivo da Class 42-Assinatura x multa
--	--	------------------------------------	-----------------------	--------------	-------------	--------------------------	------------------	---	-------------	-------------------------------------	---

42-Data de Realização 18/08/2010	43-Valor Total R\$ 0100	44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Quantidade US 6100	47-Valor Total R\$ 0100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0100
-------------------------------------	----------------------------	---	---	--------------------------	----------------------------	---

49-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2010	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	---	--

54-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2010	55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010	56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010	57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2010	58-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	---	--

59-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2010	60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010	61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010	62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2010	63-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	---	--

64-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2010	65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010	66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010	67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2010	68-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	---	--

69-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2010	70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010	71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010	72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2010	73-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	---	--

74-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2010	75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010	76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010	77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2010	78-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	---	--

79-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2010	80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010	81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010	82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2010	83-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	---	--

84-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2010	85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010	86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010	87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2010	88-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	---	--

89-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2010	90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010	91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010	92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2010	93-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	---	--

94-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2010	95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010	96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010	97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2010	98-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	---	--

99-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2010	100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010	101-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010	102-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2010	103-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--	---

104-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2010	105-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010	106-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010	107-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2010	108-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--	---

109-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2010	110-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010	111-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010	112-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2010	113-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--	---

114-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2010	115-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010	116-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010	117-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2010	118-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--	---

119-Data Previsão Término do Tratamento 18/08/2010	120-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/2010	121-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2010	122-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2010	123-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me 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 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 previstos em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
18/08/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
18/08/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/08/2010

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /