



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/05/12/01	4-Data de Autorização 12/7/05/12/01	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 317178	7-Data Validade da Serinha 12/5/08/12/01	317178 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-------------------------	--------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00020202510550601118903		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
-----------------------	--	---	--	--------------------------------	--	--	--	------------------------------	--	---------------------------------------	--

13-Nome EDDY MASSARO UEHARA ROCHA		14-Telefone (11) 245115745		15-Nome do titular do plano FABIANA AKEMI UEHARA DE CARVALHO	
--------------------------------------	--	-------------------------------	--	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adendimento 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		25-Código CNES		26-Data de Realização 025 - Faturar Empresa	
--------------------------	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------------	--	----------------	--	--	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1301336080867		22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA		23-Número no CRO 86554		24-UF SP		25-Código CNES		26-Data de Realização		27-Número no CRO 86554		28-UF SP		29-Código CBO S	
--	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	----------------	--	-----------------------	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

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	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	34,00	0,00	0,00	S	27/05/20	X
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/7/05/12/01	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 Solicitante 12/7/05/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/7/05/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/7/05/12/01	53-Data, local e Carimbo de Empresa
--	--	--	-------------------------------------