

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



321785
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/08/10 16/12/10

4-Data de Autorização
10/09/10 16/12/10

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7620492

7-Data Validade da Sentença
10/06/10 09/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10/02/01 25/10/05 10/06/01 11/06/04 10/12/10

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JOSIAS MENDES DE AGUIAR

12/11/1968

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ROSEMEIRE DE LOURDES AGUIAR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Amendando a RN
N

ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL

18-Número no CRO
86554

19-UF
SP

20-Código CBO S
02

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
13/03/3608108671

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	001000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			09/06/10		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento
09/06/10

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
34,00

47-Valor Total R\$
10,00

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(ram) 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
09/06/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
09/06/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
09/06/10

53-Data, local e Carimbo da Empresa