

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



315489
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 9 / 0 8 / 12 0

6-Número da Guia Principal
7581659

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12 7 / 0 5 / 12 0

3-Data de Emissão da Guia
12 1 / 0 5 / 12 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 8 5 6 0 0 1

13-Nome
ALAEINIA LUNA DE AQUINO

14-Data de Nascimento
25/03/1982

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
ALAENIA LUNA DE AQUINO

15-Nome do titular do plano
ALAENIA LUNA DE AQUINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
13 0 1 3 3 6 0 1 8 0 8 6 7

22-Nome do Contratado Executante
MARCELO SHIWA

26-Nome do Profissional Executante
MARCELO SHIWA

19-UF
SP

20-Código CBO S
02

24-UF
SP

25-Código CNES
86554

28-UF
SP

29-Código CBO S
86554

025 -
Faturar Empresa

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 1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			3 4 1 0 0		0 0 0		12/11/05	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento
12/11/05

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
3 4 1 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0 0 0

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), folhoram 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
12/11/05

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
12/11/05

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/05

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/11/05