



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



328862
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/10 16:12:00	4-Data de Autorização 10/03/10 18:12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7657278	7-Data Validade da Senha 21/09/12 01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100202510510601044004	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEONARDO SEIJI DOS SANTOS TAKARABE					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano ROGERIO TAKARABE					
16-Atendimento 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					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1303360808067					
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-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	0	1	841000112			1	1	76,00	0,00		03/10/2010	
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsto Término do Tratamento 03/10/2010	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 76,00	47-Valor Total R\$	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) 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 03/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---