



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

Transferência para o(a) beneficiário(a)

318276
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2015	4-Data de Autorização 03/06/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7600701	7-Data Validade da Senha 12/10/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002020252966140000010103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DANIELLA GONCALVES DIAS CABREIRO					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano MICHELLE GONCALVES DIAS CABREIRO					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 30336080867	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															37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura		
30-Tabela	31-Código do Procedimento					32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US												
1-01081000065						CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400						0	0	0	S	03/06/2016		
2-																						
3-																						
4-																						
5-																						
6-																						
7-																						
8-																						
9-																						
10-																						
11-																						
12-																						
13-																						
14-																						
15-																						

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/06/2016	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 3400	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), 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 03/06/2016					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/06/2016					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/06/2016					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					