



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



Identificação para o(a) SUSEP

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/2012	4-Data de Autorização 30/11/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8000084	7-Data Validade da Sentença 25/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025105506016001636021	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 NADJA VICTORIA MARQUES SANTOS	14-Teléfono () 00000000000000	15-Nome do titular do plano MARGARIDA ROBERTINA MARQUES
--	-----------------------------------	--

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 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 Enviar - RX (1) 82001286-28
--	---	---------------------------	-------------	--

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	082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28	1	1	36,10	0,00			30/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/11/2012	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 36,10	47-Valor Total R\$ 0,00	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) 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
Favor anexar rx inicial para análise na produção

Enviado via gu pelo portel

50-Data, local e Assinatura do(s) Solicitante(s) 30/11/2012 Dr. Marcelo Shiva comexio Facial Radiologia CROSP RJ-554	51-Data, local e Assinatura do(s) Curador(a)-Dentista 30/11/2012 Dr. Marcelo Shiva comexio Facial Radiologia CROSP RJ-554	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2012 NADJA VICTORIA MARQUES SANTOS	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------