



certificado para uso em

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



345724
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 07/12/01	4-Data de Autorização 12/04/10 08/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7735662	7-Data Validade da Senha 12/03/10 10/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1002025105501600943501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JULIANA ARRUDA DA SILVA		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano JULIANA ARRUDA DA SILVA	
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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1303316080867111	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA		23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CINES
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-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US				
1-000851010196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	O 1	1	61,00	0,00		24/08/10	SP
2-000851010196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O 1	1	61,00	0,00		24/08/10	SP
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/10/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1122,00	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), 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 24/10/10	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/10	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	-------------------------------------