



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



348790
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/17 17:12:01	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7749830	7-Data Validade da Serha 12/8/11 10:12:01
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 000202527125770000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA DO CARMO CARRER				
14-Telefone (11) 8467151315				
15-Nome do titular do plano MARIA DO CARMO CARRER				

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	25-Data de Realização 025 -	39-Aut Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1301336018018671111		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	8	5	3	0	0	4	7					

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/03/20	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 1144010	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 31/07/18	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/07/18	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/18	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------