



Transmitida para o SUSEP

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/02/2016 12:01

4-Data de Autorização
10/03/2016 12:01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7607276

7-Data Validade da Senha
13/1/2018 12:01

319415
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10020202510506014466021

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/1/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

FLAVIO MURCELLI DE MATTOS

07/05/1999

14-Telefone
(11) 242211275

15-Nome do titular do plano
MARA MADALENA MURCELLI SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL

18-Número no CRO
86554

19-UF
SP

20-Código CBO S
02

21-UF
SP

22-UF
SP

23-UF
SP

24-UF
SP

25-UF
SP

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1303160810867

22-Nome do Contratado Executante
MARCELO SHIWA

23-Número no CRO
86554

24-UF
SP

25-UF
SP

26-UF
SP

27-UF
SP

28-UF
SP

29-UF
SP

30-UF
SP

31-UF
SP

32-UF
SP

26-Nome do Profissional Executante

MARCELO SHIWA

27-Número no CRO
86554

28-UF
SP

29-UF
SP

30-UF
SP

31-UF
SP

32-UF
SP

33-UF
SP

34-UF
SP

35-UF
SP

36-UF
SP

37-UF
SP

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Quantidade US

36-Valor

37-Franquia/Co-participação R\$

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

1-08200129438

2-REMOÇÃO DE DENTES SEMI

38

18600

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

2-REMOÇÃO DE DENTES SEMI

38

18600

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

3-REMOÇÃO DE DENTES SEMI

38

18600

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

4-REMOÇÃO DE DENTES SEMI

38

18600

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

5-REMOÇÃO DE DENTES SEMI

38

18600

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

6-REMOÇÃO DE DENTES SEMI

38

18600

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

7-REMOÇÃO DE DENTES SEMI

38

18600

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

8-REMOÇÃO DE DENTES SEMI

38

18600

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

9-REMOÇÃO DE DENTES SEMI

38

18600

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

10-REMOÇÃO DE DENTES SEMI

38

18600

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

11-REMOÇÃO DE DENTES SEMI

38

18600

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

12-REMOÇÃO DE DENTES SEMI

38

18600

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

13-REMOÇÃO DE DENTES SEMI

38

18600

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

14-REMOÇÃO DE DENTES SEMI

38

18600

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

15-REMOÇÃO DE DENTES SEMI

38

18600

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

0100

43-Data Previsão Término do Tratamento

10/03/2016

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

18600

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

Exibido imagem pelo paciente

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante

10/03/2016

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

10/03/2016

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/03/2016

53-Data, local e Carimbo da Empresa

10/03/2016