



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



339493
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/2012	4-Data de Autorização 20/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7706330	7-Data Validade da Senha 13/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530813600001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIANO JOAQUIM AZEVEDO AVELINO					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano ADRIANO JOAQUIM AZEVEDO AVELINO					
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 13013360808167	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
1-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36	00
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	00
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	00
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36	00
5-00000000000					
6-00000000000					
7-00000000000					
8-00000000000					
9-00000000000					
10-00000000000					
11-00000000000					
12-00000000000					
13-00000000000					
14-00000000000					
15-00000000000					
43-Data Previsão Término do Tratamento 20/07/2012					
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 114400					
47-Valor Total R\$ 0000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					
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 20/07/2012					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/2012					