



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

317232
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/17/10 15/12/10	4-Data de Autorização 10/11/10 16/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7597633	7-Data Validade da Senha 12/15/10 8/12/10
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100202510550601856001	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 ALAEINIA LUNA DE AQUINO					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano ALAEINIA LUNA DE AQUINO					
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	25 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13013136018108167	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNES SP	Enviar - RX (I) 85100218
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
1-0108151100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MOD	1	
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/10 15/12/10	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 1 1 2 2 1 0 0	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 10/11/10 15/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 15/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 15/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------