

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/11 11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8065872	7-Data Validade da Senha 11/06/11 02/12/11	422040 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 101020215105060191719011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome REGIANE ANDREIA FERREIRA CANJIRANA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano REGIANE ANDREIA FERREIRA CANJIRANA	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 130336080867	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	30-Valor 314,00	32-Quantidade US	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Valor 314,00	37-Valor 314,00	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut 19/11/12	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-Valor	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	314,00	314,00	0,00	19/11/12	19/11/12	Regiane
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 340,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	--	----------------------------------	--------------------	---

Dedarei, 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 conhecimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar a 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 11/11/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/11/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/11/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------