



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

341477
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 0 7 / 2 0 1 2		5-Sanitária AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7715468		7-Data Validade da Sanitária 1 6 / 1 0 / 2 0 1 2	
8-Número da Carteira 1 0 1 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 6 5 5 1 0 2 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional	
13-Nome SARAH ARAUJO PEREIRA		04/07/2012		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano VIVIANO RODRIGO PEREIRA			
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 1 3 0 3 3 6 0 8 0 8 1 6 7		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	
1- 0 0 8 1 0 0 0 0 6 5				CONSULTA ODONTOLOGICA		1			
2- / / / / / / / / / /									
3- / / / / / / / / / /									
4- / / / / / / / / / /									
5- / / / / / / / / / /									
6- / / / / / / / / / /									
7- / / / / / / / / / /									
8- / / / / / / / / / /									
9- / / / / / / / / / /									
10- / / / / / / / / / /									
11- / / / / / / / / / /									
12- / / / / / / / / / /									
13- / / / / / / / / / /									
14- / / / / / / / / / /									
15- / / / / / / / / / /									
43-Data Prevista Término do Tratamento 1 8 / 1 0 8 / 2 0 1 2		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 3 4 1 0 0		47-Valor Total 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 contratado. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratante, referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
1 8 / 0 8 / 2 0 1 2

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 8 / 0 8 / 2 0 1 2

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 8 / 0 8 / 2 0 1 2

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ / / /