



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



323663
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/12/06 10:20		4-Data de Autorização 11/15/06 10:20		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7630192		7-Data Validade da Sentença 11/01/09 12:00	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 010120252966140000000101		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 MICHELLE GONCALVES DIAS CABREIRO											
14-Telefone (11) 11111111											
15-Nome do titular do plano MICHELLE GONCALVES DIAS CABREIRO											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		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		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13013160808167		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-Ord	
1-001851100218		18		RESTAURAÇÃO RESINA		47		MOD		1	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/11											
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial											
46-Total Quantidade US 1122100											
47-Valor Total R\$ 00000000											
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 00000000											
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), (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 Enviado imagem para pasta											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/09/11											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/09/11											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/11											
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11											