

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 8/12/01 4-Data de Autorização 10/7/11 0/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 785426 7-Data Validade da Senha 12/5/11 1/12/01 364940 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/1/0/5/5/0/6/0/0/0/7/9/5/0/2/ 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RENATO LOPES DO NASCIMENTO 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano CRISTIANE VIEIRA BATISTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13/0/3/3/6/0/8/6/7/ 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	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura
1-10	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00	0,00	0,00	10/7/10/10	
2-10	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00	0,00	0,00	10/7/10/10	
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$						
10/7/11/0/10/10	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1122,00	0,00							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confiante 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) 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 10/7/11/10/10/10 Dr. Marcelo Shiwa CROSP-86554 Bucomaxilofacial 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/7/10/10/10 Dr. Marcelo Shiwa CROSP-86554 Bucomaxilofacial 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/7/11/0/10/10/10 53-Data, local e Cartão da Empresa