

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

316263
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2015	4-Data de Autorização 12/05/2015	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7586871	7-Data Validade da Senha 12/08/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101020215105506016257011	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 SIMONE ALVES BACURAU	14-Telefone (11) 437810893	15-Nome do titular do plano SIMONE ALVES BACURAU	16-Data Validade da Carteira 11/11/11	17-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL	19-UF SP	20-Código CBO S 02	21-UF SP	22-UF SP
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-UF SP
26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA	27-Número no CRO 86554	28-UF SP	29-Código CBO S	30-UF SP	31-UF SP

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	0,00	0	12/05/2015	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/05/2015	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 3400	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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.

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------