

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



321440
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/2010 4-Data de Autorização 10/06/2010 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7618725 7-Data Validade da Santa 10/04/2019

8-Número da Carteira 00202510550601446601 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome MARA MADALENA MURCELLI SANTOS 14-Teléfono (11) 24221275 15-Nome do titular do plano MARA MADALENA MURCELLI SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Matrimônio a RN 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 03036080867 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	18/06/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 18/06/20 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Estética Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 61,00 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, foram realizados por mim assinado(s). 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, compreendendo o(s) valor(es) com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Marcelo Shiwa
CRMSP 86.554

50-Carimbo, local e Assinatura do Grupo Dentista Solicitante 51-Carimbo, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Carimbo, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa