

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

330900
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/06 12/01 4-Data de Autorização 12/9/10 16/12/01 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7667581 7-Data Validade da Guia 12/5/10 9/12/01

8-Número da Carteira 10102025105506000079503 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ARTUR LOPES VIEIRA 14-Telefone 03/12/2012 15-Nome do titular do plano CRISTIANE VIEIRA BATISTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Salvamento 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 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1310336080867 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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00			S	29/06/20		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 29/06/20 44-1-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação 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 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/11/06/11/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/06/11/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/06/11/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Marcelo Shiuwa
 Jucomaxilo Favalora
 CROSP 86554

Dr. Artur Lopes Vieira
 Jucomaxilo Favalora
 CROSP 86554

Dr. Cristiane Vieira Batista