



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



309830
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/04/20	4-Data de Autorização 10/06/05/20	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7537832	7-Data Validade da Serinha 12/01/07/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 00020251050601044001	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 ROGERIO TAKARABE	14-Telefone () - - - - -			15-Nome do titular do plano ROGERIO TAKARABE	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Anciamento 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
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-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 Glose 42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	06/05/20	
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	06/05/20	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 06/05/20	44-Tipo de Abandono ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Dr. Marcelo Shiwa
Cirurgião-Dentista
C.R.O. SP 86554