

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



339092
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 0 7 / 1 2 0 1	4-Data de Autorização 1 2 / 4 / 0 8 / 1 2 0 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7704383	7-Data Validade da Senha 1 2 / 1 0 / 1 2 0 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 / 2 0 2 5 1 0 / 5 0 6 0 0 0 7 9 5 0 3		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		13-Data 03/12/2012	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CRISTIANE VIEIRA BATISTA	

16-Atendimento a RN N		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 02	25-Código CNES	26-Data 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 3 0 3 3 6 0 1 8 0 8 6 7		22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA		23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNES	26-Data	
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-Tabella	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 Glosa
1	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 0			APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR	1			7 2 1 0 0	0 1 0 1 0			24/08/20	
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsto Término do Tratamento 24/08/20	44-Tipo de Atendimento 1 1 - Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1 1 - Total 2 - Parcial	46-Total Quantidade US 7 2 1 0 0	47-Valor Total R\$	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) 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 24/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------