



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



362357
INTERCÂMBIO

362357362357

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2018	4-Data de Autorização 12/06/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7813533	7-Data Validade da Senha 12/12/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Dados do Beneficiário 5-Número da Carteira 100202151055060034110031	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 GABRIEL PRESSI SALLES	14-Telefone 20/06/1999	15-Nome do titular do plano LUIZ GUSTAVO SALLES
----------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição 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 025
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 30336080867	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 82001286-48
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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1-0	0	82001286	6			48	1	361,00	0,00			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/08/20	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 361,00	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) por 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

Enviado mensagem para o Dr. Marcelo Shiuwa

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/08/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/2018	53-Data, local e Caimho da Empresa 11/11/11
---	---	---	--