

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/2018 4-Data de Autorização 11/09/2018 5-Senha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7768022 7-Data Validade da Senha 10/04/2019

352616
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202531178600000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome

CAIQUE HENRIQUE DA SILVA SANTOS

23/02/1997

14-Teléfono

() - - - - -

15-Nome do titular do plano CAIQUE HENRIQUE DA SILVA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA - ME EMERGI/COMERCIAL

18-Número no CRO 86554 23-Número no CRO 86554

19-UF SP 24-UF SP

20-Código CBO S 02 25-Código CNES

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

13033608008677 MARCELO SHIWA

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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0	0,00		S	11/09/2018		Henrique
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0	0,00		S	11/09/2018		Henrique
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0	0,00		S	11/09/2018		Henrique
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0	0,00		S	11/09/2018		Henrique
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0	0,00		S	11/09/2018		Henrique
6-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0	0,00		S	11/09/2018		Henrique
7-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0	0,00		S	11/09/2018		Henrique
8-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0	0,00		S	11/09/2018		Henrique
9-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0	0,00		S	11/09/2018		Henrique
10-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0	0,00		S	11/09/2018		Henrique
11-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0	0,00		S	11/09/2018		Henrique
12-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0	0,00		S	11/09/2018		Henrique
13-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0	0,00		S	11/09/2018		Henrique
14-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0	0,00		S	11/09/2018		Henrique
15-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 1 0 0	0,00		S	11/09/2018		Henrique

43-Data Previsão Término do Tratamento

11/09/2018 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Emergência 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

144,00

47-Valor Total R\$

10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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, a 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

11/09/2018

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/09/2018

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/09/2018

53-Data, local e Carimbo da Empresa