

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



380149
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/09/12/01		4-Data de Autorização 12/11/09/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7890484		7-Data Validade da Senha 12/01/12/12/01		
6-Número da Carteira 01012101215110151061011118191011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome FABIANA AKEMI UEHARA DE CARVALHO		23/04/1978		14-Telefone (11) 1111 21451115171451		15-Nome do titular do plano FABIANA AKEMI UEHARA DE CARVALHO						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL		18-Número no CRO 83554		19-UF SP		20-Código CBO S 02		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13101316018101816171111		22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA		23-Número no CRO 86554		24-UF SP		25-Código CNES (UF) 85200158-16		Faturar Empresa Enviar - RX		
26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA		27-Número no CRO 83554		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 Glosa	42-Assinatura
1-010	85201158	TRATAMENTO ENDODONTICO	16	1	5	33,00	0,00	0,00	S	08/11/10/10		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 08/11/10/10		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 1533,00		47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,11		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, não foram 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

Dr. Marcelo Shiwa
Cirurgião e Tratamento Odontológico
Máximo Facial e Radiologia

Dr. Marcelo Shiwa
Cirurgião e Tratamento Odontológico
Máximo Facial e Radiologia

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
08/11/10/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
08/11/10/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/11/10/10

53-Data, local e Carimbo da Empresa