

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

321536
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2019	4-Data de Autorização 23/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7619179	7-Data Validade da Senha 06/10/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0012025105506009435011	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		
11-Data Validade da Carteira 00/00/00/00	12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome JULIANA ARRUDA DA SILVA					
14-Telefone () / /		15-Nome do titular do plano JULIANA ARRUDA DA SILVA			

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 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-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA	24-UF SP	25-Código CINES	26-UF SP	27-Número no CRO 86554	28-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
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			
1-100181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				08/10/2019				
2-														
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/10/2019	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 34,00	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) 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, complementando-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------