

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/10/12/01 4-Data de Autorização 12/8/11/01/2/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8002082 7-Data Validade da Senha 12/5/10/11/2/11

406457
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/0125105506004956011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CLOVIS GAMA 14-Teléfono 15-Nome do Titular do plano CLOVIS GAMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL 18-Número no CRO 86554 19-UF SP 20-Código CBO S 02 25-Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13013360810867 22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA 23-Número no CRO 86554 24-UF SP 25-Código CNES

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-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	D	1	61,00	0,00			28/10/20		
2-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00			28/10/20		
3-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	D	1	61,00	0,00			28/10/20		
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/8/11/01/20 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 183,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 28/10/20 Dr. Marcelo Shima C.D. CRO SP 86554 Cirurgia e Radiologia Maxilo Facial e Radiologia 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/20 Dr. Marcelo Shima C.D. CRO SP 86554 Cirurgia e Radiologia Maxilo Facial e Radiologia 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Marcelo Shima C.D.
CRO SP 86554
Cirurgia e Radiologia
Maxilo Facial e Radiologia