



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



309383
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/11/2014	4-Data de Autorização 30/11/2014	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7535804	7-Data Validade da Sentia 28/11/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 00020251055060095733011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	--

13-Nome MARIA APARECIDA DOS PASSOS	27/12/1967	14-Telefone (11) 24667001	15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA DOS PASSOS
---------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 130336080867	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA
26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA	27-Número no CRO 86554
18-Número no CRO 86554	19-UF SP
23-Número no CRO 86554	24-UF SP
27-Número no CRO 86554	28-UF SP
29-Código CBO S	20-Código CBO S 02
25-Código CNES (IF) 85200140-25	26-Código CNES Enviar - RX

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													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	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25	1	1	333,00	0,00							39/04/20																			
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
43-Data Prevista Término do Tratamento				44-Tipo de Atendimento				45-Tipo de Faturamento				46-Total Quantidade US				47-Valor Total R\$				48-Total Franquia / Co-participação R\$													
30/04/20				☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				☐ 1-Total 2-Parcial				333,00				0,00																	
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 e contrado. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																	49-Observação																
Enviado imagem por postcard																																	

49-Observação

Decido, 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(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.

Enviado imagem para postar

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/04/2015 Dr. Marcelo Shima Ucomatário Facial Radiológico CROSP 86.554	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/04/2015 Dr. Marcelo Shima Ucomatário Facial Radiológico CROSP 86.554	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/04/2015 Maria Aparecida dos Passos	53-Data, local e Cartão da Empresa / /
---	---	---	---