

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-At



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 16/10/2019

4-Data de Autorização 10/11/2019

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7876788

7-Data Validade da Senha 15/11/2019

376605 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600285203

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROBERTA DIAS DE OLIVEIRA SILVA

05/01/1994

14-Telefone (11) 248612662

15-Nome do titular do plano ROBERTA DIAS DE OLIVEIRA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 30336080867

22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA

23-Número no CRO 86554

24-UF SP

25-Código CNES 85200158-27

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27	1	153300	0,00	0,00	0,00	0,00	01/10/2019		
2-1												
3-1												
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 Previsto 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\$							
01/11/2019	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	533,00	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu conhecimento 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

parte

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

01/11/2019

Dr. Marcelo Silva

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

01/11/2019

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Marcelo Silva

Dr. Marcelo Silva

Dr. Marcelo Silva

Dr. Marcelo Silva