

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



320626
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 4 / 0 6 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7614215	7-Data Validade da Senha 0 2 / 1 0 / 9 / 1 2 / 0
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	---	---------------------------------------

13-Nome ROSEMEIRE DE LOURDES AGUIAR	14-Telefone () / / / / /	15-Nome do titular do plano ROSEMEIRE DE LOURDES AGUIAR
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 86554	19-UF SP	20-Código CBO S 02	25-Código CNES	26-UF SP	27-Número no CRO 86554	28-UF SP	29-Código CBO S
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------	----------------	-------------	---------------------------	-------------	-----------------

17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNES	26-UF SP	27-Número no CRO 86554	28-UF SP	29-Código CBO S
--	---	---------------------------	-------------	----------------	-------------	---------------------------	-------------	-----------------

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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-010181101000065		CONSULTA ODONTOLOGICA	1			3400		000	S	05/06/20	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$	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 no contrato. 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------