

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

345587
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/04/2017 12:00		5-Sanha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7735258		7-Data Validade da Sanha 12/12/2017 12:00	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 000202025105105060000795011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 12/12/2017 12:00		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CRISTIANE VIEIRA BATISTA									
14-Telefone () - - - - -									
15-Nome do titular do plano CRISTIANE VIEIRA BATISTA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERGI/COMERCIAL		18-Número no CRO 86554		19-UF SP		20-Código CBO S 02	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 130133608080867		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		30-Faturar Empresa 025 -	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face	
1-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		11		V		1	
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
43-Data Previsão Término do Tratamento 24/10/2018		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 6100		47-Valor Total R\$ 000	
48-Data Previsão Término do Tratamento 24/10/2018		49-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 6100		47-Valor Total R\$ 000	
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) descrito(s) acima, é (s) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.									
49-Observação									
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/2018									
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2018									
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2018									
53-Data, local e Carimbo da Empresa									

Carimbo e Assinatura do Profissional Assistente
CROSP 86.554
24/10/2018