



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



309842
INTERCÂMBIO

Beneficiário para o plano 309842

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 3 0 1 0 1 4 1 2 0 1	4-Data de Autorização 13 0 1 0 1 4 1 2 0 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7537940	7-Data Validade da Senha 12 9 1 0 1 7 1 2 0 1
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 10 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 6 5 5 1 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome VIVIANO RODRIGO PEREIRA	31/12/1969	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VIVIANO RODRIGO PEREIRA
------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	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	25 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 0 3 3 6 0 8 0 8 6 7	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			30/01/20		
2-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			30/01/20		
3-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			30/01/20		
4-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 1 0 0	0 1 0 0			30/01/20		
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 30/01/20	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 1 4 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 1 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 1 0 0
--	---	--	-------------------------------------	-------------------------------	--

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, 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 30/01/20 Dr. Marcelo Shiwá Autcomento Facial Radiológico CROSP 86.554	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/01/20 Dr. Marcelo Shiwá Autcomento Facial Radiológico CROSP 86.554	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/01/20	53-Data, local e Cartão da Empresa 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
--	--	---	---