



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



320789
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/04/06 11/20	4-Data de Autorização 01/09/06 11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7615070	7-Data Validade da Senha 01/12/09 11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 010202511055060161257011	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SIMONE ALVES BACURAU			14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano SIMONE ALVES BACURAU	

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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 310336080867	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA				
26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA		23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNES	
		27-Número no CRO 86554	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						37-Valor	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				
1-10	01851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61000	01000	S	30/06/20	
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/06/20	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-Valor Total R\$ 61000	47-Valor Total US 01000	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 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.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 30/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------