

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



321439
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/10	4-Data de Autorização 11/06/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7618724	7-Data Validade da Senha 10/04/10
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 10/02/02	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
----------------------------------	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARA MADALENA MURCELLI SANTOS	08/01/1966	14-Telefone (11) 2422-1275	15-Nome do titular do plano MARA MADALENA MURCELLI SANTOS
--	------------	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RNI 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 130336080867	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	0,00		S	10/06/10		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/06/10	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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esmerado sobre os propósitos, 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 por mim realizado(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 10/06/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/10	53-Data, local e Caminho da Empresa / /
---	---	---	--

Dr. Marcelo Shiw...
CRMSP 86.554