

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2015	4-Data de Autorização 15/10/2016	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7598688	7-Data Validade da Serinha 12/6/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---

317935
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202510550601331508	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome
CAROLINE DA SILVA SANTOS

17/05/1999

14-Telefone
(11) 481012714

15-Nome do titular do plano
CRISTINA DA SILVA PERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 30336080867	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA
26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA	27-Número no CRO 86554
28-UF SP	29-Código CBO S
18-Número no CRO 86554	19-UF SP
23-Número no CRO 86554	24-UF SP
25-Código CNES (1) 85100218	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX

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
1-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MOD	1	12,00	0,00			15/06/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/06/20	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 12,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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/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 15/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/06/20 XGaudin Ventes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--