



Tratamento Odontológico

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



320467
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha
0 2 / 0 9 / 2 0

6-Número da Guia Principal
7613353

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 5 / 0 6 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
0 4 / 0 6 / 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 4 4 6 6 0 1

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

14-Telefone
(11) 2 4 2 2 1 1 2 7 5

15-Nome do titular do plano
MARA MADALENA MURCELLI SANTOS

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 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
(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
MARCELO SHIWA

27-Número no CRO
86554

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Tabela
31-Código do Procedimento

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região
24 OM 1

34-Face
OM 1

35-Old
1

36-Quantidade US
8 8 0 0

37-Valor
0 0 0 0 0 0

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut
S

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
0 6 / 0 6 / 2 0

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
8 8 0 0

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 pagar em 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.

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.