

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

313756
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 15/05/2018		4-Data de Autorização 18/05/2018		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7566783		7-Data Validade da Senha 13/08/2018	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 002020251055060111189011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome FABIANA AKEMI UEHARA DE CARVALHO											
14-Telefone (11) 2451-5745											
15-Nome do titular do plano FABIANA AKEMI UEHARA DE CARVALHO											
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		205 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13031360801867		22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA		23-Número no CRO 86554		24-UF SP		25-Código CNES		255 - Enviar - RX	
26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA		27-Número no CRO 86554		28-UF SP		29-Código CBO S				(F) 85200158-47	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-0085200158		18		TRATAMENTO ENDODONTICO		47		1		53300	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento 18/05/2018											
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial											
46-Total Quantidade US 53300											
47-Valor Total R\$ 0,00											
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00											
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), foforam 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 Enviado imagem para analise											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/05/2018											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/2018											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário /Responsável 18/05/2018											
53-Data, local e Calmbo da Empresa 18/05/2018											