

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



413720
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 00/06/11/12/00	4-Data de Autorização 00/09/11/12/00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8030926	7-Data Validade da Senha 00/04/10/21/21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00020253306940000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 00/00/00/00/00	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome CRISTIANE SOARES DE LIMA ALVES	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano CRISTIANE SOARES DE LIMA ALVES
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLÓGICA 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 30336080867	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		0,00		09/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 00/11/11/20	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 c(s) procedimento(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 00/11/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 00/11/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 00/11/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

Dr. Marcelo Shikwa
Ucomaxio Facial Radiológico
CRSP 86.554