

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



322352
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2016	4-Data de Autorização 11/06/2016	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7623756	7-Data Validade da Sentia 10/07/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020125296161400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MICHELLE GONCALVES DIAS CABREIRO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MICHELLE GONCALVES DIAS CABREIRO
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Avendoamento 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	21-Data Validade da Carteira 025 - Faturar Empresa
---------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3036080867	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

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
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3	4	0	0			
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Tempo do Tratamento 10/06/2016	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 13400	47-Valor Total R\$ 10000	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 10/06/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---