



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



364366
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2008	4-Data de Autorização 12/07/2008	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7822953	7-Data Validade da Senha 12/01/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202	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 MARIA DO SOCORRO ALMEIDA CABRAL					
14-Telefone (11) 342816917					
15-Nome do titular do plano MARIA DO SOCORRO ALMEIDA CABRAL					
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 30336080817	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CINES	
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 1-0081000065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 3400	35-Qtd 1	36-Quantidade US 3400
37-Valor 0000					
38-Franquia/Co-participação R\$ 0000					
39-Aut S					
40-Data de Realização 27/08/20					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento 27/08/20					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 3400					
47-Valor Total R\$ 0000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					

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 27/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 27/08/20
---	---	---	--

Dr. Marcelo Shiwa

Dr. Marcelo Shiwa

Dr. Marcelo Shiwa

CRISP R\$ 554