

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



370577
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/2019 4-Data de Autorização 10/09/2019 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7850773 7-Data Validade da Sentença 10/03/2022

8-Número da Carteira 100202125110550600341003 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GABRIEL PRESSI SALLES 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano LUIZ GUSTAVO SALLES 20/06/1999

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001294-18

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 130336080867 22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA 23-Número no CRO 86554 24-UF SP 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001294-18

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	0820001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18	1	1	86,00	0,00			09/09/20		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 07/09/20 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 186,00 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 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

Enviado imagem

Marcelo Shinya

Marcelo Shinya

Marcelo Shinya

Marcelo Shinya

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

09/09/2019

Marcelo Shinya

Marcelo Shinya

Marcelo Shinya

Marcelo Shinya

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

09/09/2019

Marcelo Shinya

Marcelo Shinya

Marcelo Shinya

Marcelo Shinya

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

09/09/2019

Marcelo Shinya

Marcelo Shinya

Marcelo Shinya

Marcelo Shinya

53-Data, local e Carimbo da Empresa

09/09/2019

Marcelo Shinya

Marcelo Shinya

Marcelo Shinya

Marcelo Shinya