

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



314138
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/06/1986	4-Data de Autorização 18/06/1986	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7569018	7-Data Validade da Semeta 16/08/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020125188645000134011	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOPERATIVA DE POUPANCA E	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA CAROLINA FREIRE CORDEIRO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Aliamento 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 025	Faturar Empresa
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	
26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela 1-0081000065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 3	36-Quantidade US 4,00	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ S	39-Aut 19/05/2020	40-Data de Realização 19/05/2020
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									
43-Data Previsto Término do Tratamento 19/05/20									
44-Tipo de Aliamento 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\$ 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), 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado 19/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/05/20	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
---	--	---	--