



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



349687
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2018	4-Data de Autorização 03/10/2018	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7754125	7-Data Validade da Sineta 13/10/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101020251055060003410002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome CHRISTIANE PRESSI SALLES	14-Telefone 14/10/1969	15-Nome do titular do plano LUIZ GUSTAVO SALLES	16-Número no CRO 86554	19-UF SP	20-Código CBO S 02
Dados do Profissional Solicitante					
17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL	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
Dados do Profissional Executante					
26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA	27-Número no CRO 86554	28-UF SP	29-Código CBO S	Faturar Empresa	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/10/2018					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência			45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Valor Total R\$ 34,00
47-Total Quantidade US			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 11/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2018	52-Data, local e Assinatura da Empresa 11/10/2018
---	---	--

Dr. Marcelo Shiwa
CROSP 86.554

Dr. Marcelo Shiwa
CROSP 86.554