

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



345626
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
2/2/10/2/0

6-Número da Guia Principal
7733394

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2/4/10/8/2/0

3-Data de Emissão da Guia
2/4/10/7/2/0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202105105106000795011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CRISTIANE VIEIRA BATISTA

14-Telefone
() / / / / / /

15-Nome do titular do plano
CRISTIANE VIEIRA BATISTA

16-Número no CBO S
86554

19-UF
SP

20-Código CBO S
02

25-Código CNES

24-UF
SP

26-Nome do Profissional Executante
MARCELO SHIWA

27-Número no CBO S
86554

28-UF
SP

29-Código CBO S

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL

18-Número no CBO S
86554

19-UF
SP

20-Código CBO S
02

25-Código CNES

24-UF
SP

26-Nome do Profissional Executante
MARCELO SHIWA

27-Número no CBO S
86554

28-UF
SP

29-Código CBO S

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 4-Assinatura
1-010185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	1	61,00	0,00	0,00	24/10/20		
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento
24/10/20

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
61,00

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, é por mim assinado(s), folioforam 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
24/10/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
24/10/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/10/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ / / / / /