



Registado sob nº 0624 8077

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



362356
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/10 08/12/01	4-Data de Autorização 12/06/10 08/12/01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7813531	7-Data Validade da Seria 12/12/11 11/2/01
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 01020251105506003410003	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 GABRIEL PRESSI SALLES	20/06/1999	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUIZ GUSTAVO SALLES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Endereço a RN ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERGI/COMERCIAL	17-Nome do Profissional Solicitante MARCELO SHIWA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0303360808667	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA
25-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA	27-Número no CRO 86554
18-Número no CRO 86554	19-UF SP
23-Número no CRO 86554	24-UF SP
29-Código CBO S	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 82001286-28

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	8	2	0	0	1	2	8	6			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/07/10	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 361,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(ram) 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
Envie as imagens para o Dr. Marcelo Shwva

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/07/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/07/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/07/10	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
---	---	---	--