

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



**371377
INTERCÂMBIO**

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2019	4-Data de Autorização 10/04/2019	5-Será Autorizado AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7853503	7-Data Validade da Guia 10/07/2020
---------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 000202510550600341002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13-Nome CHRISTIANE PRESSI SALLES		14-Teléfono 14/10/1969	15-Nome do titular do plano LUIZ GUSTAVO SALLES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL		18-Número no CRO 86554		19-UF SP		20-Código CBO S 02		25-Código CNES Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1303360867		22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA		23-Número no CRO 86554		24-UF SP		26-Código CBO S		27-Número no CRO 86554	
28-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA		29-Código CBO S		30-UF SP		31-Código CBO S		32-Código CBO S		33-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 Doença	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	6,100	0,00	0,00	S	04/11/20		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento 04/11/20												
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 6,100												
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.

Dr. Marcelo Shawa
tucomaxilo Faval Radiol
CROSP 86.554