



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

316093
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 2 / 0 5 / 2 0	4-Data de Autorização 2 8 / 0 5 / 2 0	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7585816	7-Data Validade da Sentença 2 0 / 0 8 / 2 0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 0 6 0 1 4 6 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARA MADALENA MURCELLI SANTOS	08/01/1966	14-Telefone (11) 2 4 2 2 1 2 7 5	15-Nome do titular do plano MARA MADALENA MURCELLI SANTOS		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL	18-Número no CRO 86554	19-UF SP	20-Código CBO S 02	21-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 0 3 3 6 0 8 0 8 6 7	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNES	Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA		27-Número no CRO 86554	28-UF SP	29-Código CBO S	Enviar - RX (1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	16	OD	1	1	8 8 0 0	0 0 0 0	S	04/08/20	
1-0	8 5 1 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
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 Previsão Término do Tratamento 04/10/20	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 8 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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 04/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------