



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2019	4-Data de Autorização 11/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7644934	7-Data Validade da Senha 11/09/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

326660
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010201215101501601028512013	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 ROBERTA DIAS DE OLIVEIRA SILVA	05/01/1994	14-Telefone (11) 24861266	15-Nome do Titular do plano ROBERTA DIAS DE OLIVEIRA SILVA
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Afastamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL	18-Número no CRO 86554	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 303360808667	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA	27-Número no CRO 86554	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glcse	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	73100	0,00			S	19/06/2019		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 19/06/2019	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 73,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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, 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, ainda que o(s) procedimento(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.

Encarado por Marcelo Shawa

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/06/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/06/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/06/2019	53-Data, local e Carimbo de Empresa
---	---	---	-------------------------------------