



REQUISIÇÃO PARA VENDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



323702
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/2016	4-Data de Autorização 18/06/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7630452	7-Data Validade da Senha 10/09/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020251051050601168401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA			
11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ROSEMEIRE DE LOURDES AGUIAR					
14-Teléfono		15-Nome do titular do plano ROSEMEIRE DE LOURDES AGUIAR			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 130131610801867	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNES	
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-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	01851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	45	M	1	61,00	0,00	0,00	S		ROSEMEIRE
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/06/2016	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\$	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, com meu(s) 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 pagar os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
Dr. Marcelo Shiwa					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/06/2016					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 18/06/2016					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/2016					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					