

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



461887
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/06/2017		4-Data de Autorização 12/07/2017		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8233003		7-Data Validade da Semha 12/06/2017	
8-Número da Carteira 000202510550601044004		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 LEONARDO SEIJI DOS SANTOS TAKARABE		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ROGERIO TAKARABE							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Agendamento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL		18-Número no CRO 86554		19-U.F. SP		20-Código CBO S 02		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 30336080867		22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA		23-Número no CRO 86554		24-U.F. SP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA		27-Número no CRO 86554		28-U.F. SP		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			12/01/17	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/01/17		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 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	

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

Dr. Marcelo Shinya
Ucomaxio Facial Reabilitação
CROSP 06.554

Dr. Marcelo Shinya
Ucomaxio Facial Reabilitação
CROSP 06.554

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/17

53-Data, local e Cartório da Empresa
11/11/11