



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/05/12/01	4-Data de Autorização 12/11/05/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7581475	7-Data Validade da Senha 19/10/18/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

315470
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202025105506009573001		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira 11/11/05/12/01		14-Telefone (11) 2466170011	
13-Nome MARIA APARECIDA DOS PASSOS		15-Data Validade da Carteira 27/12/1967		15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA DOS PASSOS		16-Número do titular do plano	

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 na Operadora / CNPJ / CPF 30336080867		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		30-Código CBO S		31-Valor 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218	
--------------------------	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------------	--	--	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	----------------	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	-----------------	--	--	--

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 Glosa	42-Assinatura
1-0	081510218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MOD	1	12200	0,00	0,00	S	21/05/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/05/20	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 112200	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, 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 21/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 21/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------