

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/2019 4-Data de Autorização 11/12/2019 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7854424 7-Data Validade da Sentença 10/12/2020

371675
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010202511055060034110021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CHRISTIANE PRESSI SALLES 14-Telefone 14/10/1969 15-Nome do titular do plano LUIZ GUSTAVO SALLES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 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 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 303361080867 22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA 23-Número no CRO 86554 24-UF SP 25-Código ONES Enviar - RX (I) 85100200 26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA 27-Número no CRO 86554 28-UF SP 29-Código CBO S (I) 85100200

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 Guia	42-Assinatura
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MV	1	8,80	0,00	0,00		04/11/20		
2-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MD	1	8,80	0,00	0,00		04/11/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
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												
176,00												
47-Valor Total R\$												
0,00												
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. 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.

48-Observação

Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

04/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

04/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

04/11/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Marcelo Shiuwa
Ucomaxilto Facial Radiológico
CROSP-RS-554

Dr. Marcelo Shiuwa
Ucomaxilto Facial Radiológico
CROSP-RS-554