



Identificação para o CBO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



405412
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2012	4-Data de Autorização 27/11/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7997807	7-Data Validade da Sentença 24/10/11
8-Número da Carteira 0020251050601905703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome
ALINE TENORIO DE LIMA BERGAMINI

15/10/1992

14-Telefone
() 3933839

15-Nome do titular do plano
PAULO CESAR BERGAMINI

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	21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 30336080867	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200	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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	61,00	0,00					
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00					
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	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 149,00	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.

49-Observação

Dr. Marcelo Shíwa C.D.
CRO SP: 86554
Cirurgia e Traumatologia Buco
Maxilo Facial e Radiologia

Dr. Marcelo Shíwa C.D.
CRO SP: 86554
Cirurgia e Traumatologia Buco
Maxilo Facial e Radiologia

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--