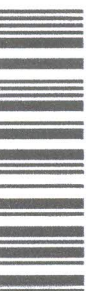


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



441091
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/11/2012 4-Data de Autorização 16/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8146473 7-Data Validade da Sanha 15/03/21 8-Data Validade da Guia 15/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002020253415090000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EDILSON LINO SANTANA FILHO 14-Teléfono 21/09/1991 15-Nome do titular do plano EDILSON LINO SANTANA FILHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento 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 130336080867 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		51	16/12/20		MSC
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 16/12/20 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 34,00 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, compreendendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/20 Dr. Marcelo Shiwá C.D. CROSP-86-554 Cirurgia e Traumatologia Bucal Maxilo Facial e Radiologista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/20 Dr. Marcelo Shiwá C.D. CROSP-86-554 Cirurgia e Traumatologia Bucal Maxilo Facial e Radiologista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa