



Prescrição para uso de R\$ 100,00

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/04/2019 12:01                                                    | 4-Data de Autorização<br>12/06/2019 12:01 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                    | 6-Número da Guia Principal<br>7903387 | 7-Data Validade da Senha<br>23/11/2020                  | 382604<br>INTERCÂMBIO |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 8-Número da Carteira<br>00202012530187401000010101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                   | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA      | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                                         |                       |
| 13-Nome<br>ALINE LINS PEREIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 14-Telefone<br>(11) 11111111                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 15-Nome do titular do plano<br>ALINE LINS PEREIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL | 18-Número no CRO<br>86554                 | 19-UF<br>SP                              | 20-Código CBO S<br>02                 | Faturar Empresa<br>025 -<br>Enviar - RX<br>(1) 85100218 |                       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>130336080867                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARCELO SHIWA                                                | 23-Número no CRO<br>86554                 | 24-UF<br>SP                              | 25-Código CNES                        |                                                         |                       |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MARCELO SHIWA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 27-Número no CRO<br>86554                                                                        | 28-UF<br>SP                               | 29-Código CBO S                          |                                       |                                                         |                       |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 30-Tabela<br>1-00185100218                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 32-Descrição<br>RESTAURAÇÃO RESINA                                                               | 33-Dente/Região<br>11 VPD                 | 34-Face<br>1                             | 35-Qtd<br>1                           | 36-Quantidade US<br>12200                               | 37-Valor<br>0000      |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>26/09/2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 45-Total Quantidade US<br>112200                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 46-Total Quantidade R\$<br>0000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 47-Valor Total R\$<br>0000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 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<br>Imagem analisada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>26/09/2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>26/09/2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>26/09/2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>26/09/2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                  |                                           |                                          |                                       |                                                         |                       |