



Identificação para o Guia

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/10/2010 4-Data de Autorização 13/10/2010 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7785335 7-Data Validade da Sentença 11/11/2010

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253135670000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LEANDRO NOELI DA SILVA 13/01/1995 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano LEANDRO NOELI DA SILVA

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 02

24-UF SP

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 30336080867 22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA

23-Número no CRO 86554

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36	0,00	0,00	02/11/2010				
2-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	0,00	0,00	02/11/2010				
3-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	0,00	0,00	02/11/2010				
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36	0,00	0,00	02/11/2010				
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 02/11/2010 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dentia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 144,00 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 apresentado(s), 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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

02/11/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

02/11/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

02/11/2010

53-Data, local e Cartão da Empresa

Dr. Marcelo Shiuwa
CRO SP - 86.554
Bucomaxilabial

Dr. Marcelo Shiuwa
CRO SP - 86.554
Bucomaxilabial

Dr. Marcelo Shiuwa
CRO SP - 86.554
Bucomaxilabial