



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/2/10 08/12/01

4-Data de Autorização
3/1/10 08/12/01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
7813060

7-Data Validade da Senha
12/01/11/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0101201253131567000001011

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-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
LEANDRO NOELI DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição 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
Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

03013360801867

22-Nome do Contratado Executante
MARCELO SHIWA

23-Número no CRO
86554

24-UF
SP

25-Código CNES
(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
MARCELO SHIWA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	28/09/20		
2-1												
3-1												
4-1												
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

28/09/20

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
88,00

47-Valor Total R\$

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

Enviado por e-mail para o Dr. Marcelo Shima

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

28/09/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

28/09/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa