



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



31513  
INTERCÂMBIO

TRANSMISSÃO Nº 3.002.509/11

|                          |                                                |                                            |                       |                                       |                                               |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>00/08/00 05/12/00 | 4-Data de Autorização<br>11/11/00 05/12/00 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7550609 | 7-Data Validade da Senha<br>00/06/00 08/12/00 |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                                     |                                |                                        |                                                   |                                       |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>000020020510050600116500011 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>00/00/00 00/00/00 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|

## 13-Nome

|                             |            |                              |                                                            |
|-----------------------------|------------|------------------------------|------------------------------------------------------------|
| RENATO SOUZA SANTANA JUNIOR | 21/09/1986 | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>RENATO SOUZA SANTANA JUNIOR |
|-----------------------------|------------|------------------------------|------------------------------------------------------------|

## Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

|                                                     |                                                                                                  |                           |                 |                                               |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------------------------------|
| 16-Atribuição 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>025 -                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>30336080867  | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARCELO SHIWA                                                | 23-Número no CRO<br>86554 | 24-UF<br>SP     | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(1) 85100200 |
| 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 | 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 Guisa | 42-Assinatura     |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| 1-00      | 085100200                 | RESTAURAÇÃO RESINA | 37              | OM      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 |        | 11/05/2020            | 2020/05/15         | Luciano S. Junior |
| 2-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |

## 43-Data Previsto Término do Tratamento

|          |                                                                                                              |                                             |                                 |                            |                                                 |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 11/05/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Totál 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>88,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

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) 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 pagar todos os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação  
. Imagens analisadas

|                                                                             |                                                                 |                                                                         |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>11/05/2020 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/05/2020 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/05/2020 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/05/2020 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

Dr. Marcelo Shiuwa  
Comando Facial/Radiológico  
CROSP 86.554

Dr. Marcelo Shiuwa  
Comando Facial/Radiológico  
CROSP 86.554

Luciano S. Junior