



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



315221  
INTERCÂMBIO

|                          |                                             |                                         |                       |                                       |                                           |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/01/05 12:01 | 4-Data de Autorização<br>12/11/05 12:01 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7575782 | 7-Data Validade da Senha<br>11/8/08 12:01 |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                                 |                                |                                        |                                                                 |                                       |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>10102025105506011189021 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11                        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>RAUL YOSHIMITSU UEHARA ROCHA         | 26/09/2000                     | 14-Teléfono<br>(111) 1245115745        | 15-Nome do titular do plano<br>FABIANA AKEMI UEHARA DE CARVALHO |                                       |

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                         |                                                                                                   |                           |             |                       |                          |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERGI/COMERCIAL | 18-Número no CRO<br>86554 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>02 | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1303361080867111 | 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 | 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 Glor | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|----------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-00      | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 12/11/05 | 12:01                 | X                 | Handy         |
| 2-00      | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 12/11/05 | 12:01                 | X                 | Handy         |
| 3-00      | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 12/11/05 | 12:01                 | X                 | Handy         |
| 4-00      | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 12/11/05 | 12:01                 | X                 | Handy         |
| 5-00      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 6-00      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 7-00      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 8-00      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 9-00      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 10-00     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 11-00     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 12-00     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 13-00     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 14-00     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 15-00     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |

|                                                          |                                                                                                           |                                             |                                  |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>12/11/05 12:01 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>144,00 | 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) 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

|                                                                                                                                               |                                                                                                                                   |                                                                                                  |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>12/11/05 12:01 Dr. Marcelo Shinya Sucomaxbio Facial Radiológico CROSP 86.554 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/11/05 12:01 Dr. Marcelo Shinya Sucomaxbio Facial Radiológico CROSP 86.554 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/11/05 12:01 Raul Y. Uehara Rocha | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/11 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



315221  
INTERCÂMBIO

|                          |                                             |                                         |                        |                                       |                                             |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/01/05 12:01 | 4-Data de Autorização<br>12/11/05 12:01 | 5-Serina<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7575782 | 7-Data Validade da Serina<br>11/08/08 12:01 |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                                 |                                |                                        |                                          |                                       |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>10102025105506011189021 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                         |            |                                 |                                                                 |
|-----------------------------------------|------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>RAUL YOSHIMITSU UEHARA ROCHA | 26/09/2000 | 14-Telefone<br>(111) 1245115745 | 15-Nome do titular do plano<br>FABIANA AKEMI UEHARA DE CARVALHO |
|-----------------------------------------|------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

## 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 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                        |                                                   |                           |             |                |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>130336080867111 | 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 |
|-----------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|

## Piano 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 Glor | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|----------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-00      | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            | 1       | 1      | 3,6,0,0          | 0,0,0,0  | 0,0,0,0                         | 12/11/05 | 12:01                 | X                 | Shiwa         |
| 2-00      | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            | 1       | 1      | 3,6,0,0          | 0,0,0,0  | 0,0,0,0                         | 12/11/05 | 12:01                 | X                 | Shiwa         |
| 3-00      | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            | 1       | 1      | 3,6,0,0          | 0,0,0,0  | 0,0,0,0                         | 12/11/05 | 12:01                 | X                 | Shiwa         |
| 4-00      | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            | 1       | 1      | 3,6,0,0          | 0,0,0,0  | 0,0,0,0                         | 12/11/05 | 12:01                 | X                 | Shiwa         |
| 5-00      | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 6-00      | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 7-00      | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 8-00      | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 9-00      | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 10-00     | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 11-00     | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 12-00     | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 13-00     | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 14-00     | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |
| 15-00     | 85301047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                   |               |

|                                                          |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>12/11/05 12:01 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>144,00 | 47-Valor Total R\$<br>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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                           |                                                                                                             |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante<br>12/11/05 12:01<br>Dr. Marcelo Shiwa<br>Jucomaxbio Facial Radiológico<br>CROSP-86.554 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista<br>12/11/05 12:01<br>Dr. Marcelo Shiwa<br>Jucomaxbio Facial Radiológico<br>CROSP-86.554 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/11/05 12:01<br>Raul Yoshiyoshi Uehara Rocha | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|