



franquizado para toda a rede

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



329427  
INTERCÂMBIO

|                                                        |                                                                                                  |                                                      |                                          |                                       |                                        |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                               | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/04/2019                                                          | 4-Data de Autorização<br>10/11/2019                  | 5-Serha<br>AUTORIZADO                    | 6-Número da Guia Principal<br>7659455 | 7-Data Validade da Serha<br>12/12/2019 |
| Dados do Beneficiário                                  |                                                                                                  |                                                      |                                          |                                       |                                        |
| 8-Número da Carteira<br>1010201252893130000010102      | 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>ANA BEATRIZ ANDRADE VELOSO                  | 14-Teléfono<br>(11) 4966161020                                                                   | 15-Nome do titular do plano<br>ANGELA ANDRADE VELOSO |                                          |                                       |                                        |
| 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>130313608108167 | 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 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        | 37-Valor              | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia 42-Assinatura |
|-------------------------------------------------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------------------|
| 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 Guia 42-Assinatura | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia 42-Assinatura |
| 1-0101815300047                                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HASD         | 1               | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/10/2020            | 01/10/2020                      | S      | 01/10/2020            | 01/10/2020                      |
| 2-0101815300047                                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HASE         | 1               | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/10/2020            | 01/10/2020                      | S      | 01/10/2020            | 01/10/2020                      |
| 3-0101815300047                                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAID         | 1               | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/10/2020            | 01/10/2020                      | S      | 01/10/2020            | 01/10/2020                      |
| 4-0101815300047                                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAIE         | 1               | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/10/2020            | 01/10/2020                      | S      | 01/10/2020            | 01/10/2020                      |
| 5-1                                             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |        |                       |                                 |
| 6-1                                             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |        |                       |                                 |
| 7-1                                             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |        |                       |                                 |
| 8-1                                             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |        |                       |                                 |
| 9-1                                             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |        |                       |                                 |
| 10-1                                            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |        |                       |                                 |
| 11-1                                            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |        |                       |                                 |
| 12-1                                            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |        |                       |                                 |
| 13-1                                            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |        |                       |                                 |
| 14-1                                            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |        |                       |                                 |
| 15-1                                            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |        |                       |                                 |

|                                                      |                                                                                                              |                                             |                                  |                            |                                                 |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>01/10/2020 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-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\$<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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                             |                                                                 |                                                                         |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>01/10/2020 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>01/10/2020 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>01/10/2020 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|