



Intencionalidade para o(a) ( )

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



322148  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>09/06/2010                                                          | 4-Data de Autorização<br>10/06/2010               | 5-Senha<br>AUTORIZADO                | 6-Número da Guia Principal<br>7622474    | 7-Data Validade da Senha<br>07/09/2010 |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
| 8-Número da Carteira<br>0020202530187400000101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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>ALINE LINS PEREIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
| 14-Telefone<br>( ) - - - - -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
| 15-Nome do titular do plano<br>ALINE LINS PEREIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
| 16-Atendimento a RV<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                  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>130336080817                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARCELO SHIWA |                                      | 23-Número no CRO<br>86554                | 24-UF<br>SP                            |
| 25-Código CNES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                  | 26-UF<br>SP                                       |                                      | 27-Número no CRO<br>86554                |                                        |
| 28-Código CBO S                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
| 29-Número no CRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
| 30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 31-Código do Procedimento                                                                        | 32-Descrição                                      | 33-Dente/Região                      | 34-Face                                  | 35-Qtd                                 |
| 1-001810000065                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CONSULTA ODONTOLÓGICA                                                                            | 1                                                 | 34                                   | 0                                        | 0                                      |
| 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 Previsão Término do Tratamento<br>10/06/20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
| 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
| 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
| 46-Total Quantidade US<br>3400                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
| 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>10/06/20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/06/20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/06/20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                                   |                                      |                                          |                                        |