



2-№

349524
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/11/07/12 01		4-Data de Autorização 05/10/18/12 01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7753392		7-Data Validade da Senha 12/9/10/12 01		349524 INTERCAMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00020253109010000001021													
9-Plano POS REDE PRESTADORA													
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA													
11-Data Validade da Carteira / / / /													
12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome TATIANE CRISTINA DE SOUZA BREVES													
14-Telefone () - - - - -													
15-Nome do titular do plano NILTON PIROZZI BREVES													
16-Atendimento a RN N													
17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 30336080867													
22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA													
26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA													
18-Número no CRO 86554													
19-UF SP													
20-Código CBO S 02													
23-Número no CRO 86554													
24-UF SP													
25-Código CNES													
27-Número no CRO 86554													
28-UF SP													
29-Código CBO S													
Faturar Empresa													

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 Cláusula 42-Assinatura
1-00	81000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00	S	05/08/20	[Assinatura]
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento	05/08/20	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	34,00	47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	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 o(s) medicamento(s) utilizado(s), foram realizados 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa