



324201
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2016	4-Data de Autorização 19/10/2016	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7632860	7-Data Validade da Semeta 13/10/2019
---------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0020202510550601609602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JHONATHAN ROQUE BALDUINO DE GODOY	26/11/1990	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano AMANDA STEFANY SANTOS GODOY
--	------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL	17-Nome do Profissional Solicitante MARCELO SHIWA	18-Número no CRO 86554	19-UF SP	20-Código CBO S 02	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA	27-Número no CRO 86554	28-UF 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 Glosa	42- Assinatura
1-0	08200875	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	7300	0,00	0,00			20/10/2016		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/10/2016	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 173,00	47-Valor Total R\$ 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) por 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

Enciudo integral para pagar

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/10/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2016	53-Data, local e Cartão da Empresa / /
---	---	---	---

*Dr. Marcelo Shiva
CRMSP 86554*

*Dr. Marcelo Shiva
CRMSP 86554*

*Dr. Marcelo Shiva
CRMSP 86554*