

353515
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha

0	6	1	1	1	2	0
---	---	---	---	---	---	---

6-Número da Guia Principal
7772225

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/08/2011

3-Data de Emissão da Guia
08/08/20

I-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário													12-Número do Cartão Nacional de Saúde												
9-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 0 1 3 8 3 0 0 0 0 1 0 1													11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _												
9-Plano POS REDE PRESTADORA													10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA												

13-Nome	MILTON JOSE DA SILVA NETO
14-Telefone	() - - - - -
15-Nome do titular do plano	MILTON JOSE DA SILVA NETO

pagos do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL	18-Número no CRO 86554	19-UF SP	20-Código CBO S 02	025
-------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-----

[illegible]

3	0	3	6	0	8	0	8	6	7		MARCELO SHIWA	86554	SP	
26-Nome do Profissional Executante														
27-Número no CRO														
28-UJF														
29-Código CBO S														

MARCELO SHIWA	86554	SP
---------------	-------	----

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	------------------------	------------------------	------------------------	--------------------	---

11/08/2019

☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

☐ 1-Total 2-Parcial

3 4 0 0

0 0 0 0

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

[illegible]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa