



392455
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 01/210	4-Data de Autorização 11/3/11 01/210	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7944597	7-Data Validade da Sentia 10/06/11 01/211
--------------------------	--	---	------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 101021021510510600645301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/12/1957	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome RITA APARECIDA VIEIRA LENCINA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RITA APARECIDA VIEIRA LENCINA
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1303361080867	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	18-Número no CRO 86554	19-UF SP	20-Código CBO S 02	025 - Faturar Empresa
--	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

26-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA	27-Número no CRO 86554	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$1	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
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\$1	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura		
1-0	081010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,100	0,100			11/3/10		20		SHIWA
2-														
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/3/11 01/201	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 34,100	47-Valor Total R\$ 10,100	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e o(s) 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 11/3/11 01/201 Dr. Marcelo ShIwa CRO SP-86.554 Bucomaxilofacial	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/3/11 01/201 Dr. Marcelo ShIwa CRO SP-86.554 Bucomaxilofacial	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/3/11 01/201 RITA APARECIDA VIEIRA LENCINA	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------