



328682
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 12/3/10 6/12/10	4-Data de Autorização 12/5/10 6/12/10	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7656262	7-Data Validade da Semeta 12/1/10 9/12/10
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202153056800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome

RODRIGO ROBERTO GARCIA LEITE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 130336080867	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-27
---	---	---------------------------	-------------	---

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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	08520158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27	1	533	100	10,00			25/10/2010		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 25/10/2010	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 533,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Caro Dr. Marcelo Shiwá, tudo bem! Estou com uma dor no dente 27, já fiz tratamento endodôntico, mas não melhorou. Preciso de uma avaliação. Obrigado, Marcelo.

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

25/10/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

25/10/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

25/10/2010

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Marcelo Shiwá
Ucomaxillo Facial
CR-032-01554

Dr. Marcelo Shiwá
Ucomaxillo Facial
CR-032-01554

patet