



transcription of the *lacZ* gene.

333493
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/21/07/1201		4-Data de Autorização 10/8/07/1201		5-Senha AUTORIZADO	
6-Número da Guia Principal 7679778		7-Data Validade da Senha 13/01/09/1201		8-Número da Carteira 00020230568000001001			
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RODRIGO ROBERTO GARCIA LEITE		14-Telefone (11) 1111111111		15-Nome do titular do plano RODRIGO ROBERTO GARCIA LEITE			

18-Atendimento 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 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1301313601808671	22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA	23-Número no CRO 86554	24-UF SP	25-Código CNIES	
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-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1 - 0 0 8 5 1 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	16	D	1	6	1 , 0 0	0 0 0	S	0 8 0 7 2 0 2 0	[Assinatura]
2 - 0 0 8 5 1 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	17	M	1	6	1 , 0 0	0 0 0	S	0 8 0 7 2 0 2 0	[Assinatura]
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
		44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento		46>Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
[Assinatura] 08/10/2020		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		1 2 2 0 0		1 2 2 0 0		0 0 0		

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 não é(ão) um procedimento(s) 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.

[illegible]