



535243
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 4-Data de Autorização 13/1/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8526799 7-Data Validade da Sentença 12/6/10 17/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100201253716020000101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JANAINA APARECIDA DA SILVA DE OLIVEIRA 14-Telefone (11) 25071987 15-Nome do titular do plano JANAINA APARECIDA DA SILVA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA NIPO-BRASIL EIRA LTDA - ME 18-Número no CRO 53702 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora (CNPJ) CPF 1156181540800 22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI 23-Número no CRO 53702 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI 27-Número no CRO 53702 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-Cidc	36-Quantidade US	37-A-Alter	38-Franquia/co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	0810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0	0,00	1	18/05/21		
2-00	0813000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0	0,00	1	18/05/21		
3-00	0813000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0	0,00	1	18/05/21		
4-00	0813000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0	0,00	1	18/05/21		
5-00	0813000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0	0,00	1	18/05/21		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 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 1178,00 47-Valor Total R\$ 10207,25 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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(ram) 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

Dr. Debora Vasconcelos Leite
CPF: 429.948.948-99

Dr. Debora Vasconcelos Leite
CPF: 429.948.948-99

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/05/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/21 53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/05/21