



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão de Guia
10/09/2016

4-Data de Autorização
10/09/2016

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7622478

7-Data Validade da Senha
01/07/2019

322152
INTERCÂMBIO

13-Nome
PEDRO HENRIQUE LINS DA CRUZ

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

16-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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
30336080867

22-Nome do Contratado Executante
MARCELO SHIWA

23-Número no CRO
86554

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
MARCELO SHIWA

27-Número no CRO
86554

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Tabela
31-Código do Procedimento
1-0008101000065

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLOGICA

33-Dente/Região
1

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
3400

37-Valor
0000

38-Franquia/Co-participação R\$
0000

39-Aut
S

40-Data de Realização
10/09/16

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
x

43-Data Previsto Término do Tratamento
10/06/17

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial
3400

46-Total Quantidade US
3400

47-Valor Total R\$
0000

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0000

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/06/17

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/06/17

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/06/17

53-Data, local e Carimbo da Empresa

45-Observação

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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.