



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



443929
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8157956	7-Data Validade da Senha 18/11/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1002102534914000000101	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 LAURA APARECIDA DA SILVA MACEDO ITAPIREM					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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 CRO S 02	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1303361080186711	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 CRO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0081000030	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-DenteRegião 1	34-Face 1	35-Qtd 3	36-Quantidade US 400
37-Valor 10,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 18,12	39-Aut. 18,12	40-Data de Realização 12/11/2012	41-Motivo da Cláusula 18,12	42-Assinatura K. Kauer
43-Data Previsto Término do Tratamento 18/11/2012					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 34,10					
47-Valor Total R\$ 10,10					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 18,12					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista
18/11/2012 Dr. Marcelo Shinya
Jucomaxil - Facial - Itapirém - SP
CROSP 86.554

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista
12/11/2012 Dr. Marcelo Shinya
Jucomaxil - Facial - Itapirém - SP
CROSP 86.554

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/11/2012 K. Kauer

53-Data, local e Carimbo da Empresa

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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação