



323661
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/12/06 4-Data de Autorização 15/06/2006 5-Semha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7630188 7-Data Validade da Semha 10/09/2006

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100020125296614000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MICHELLE GONCALVES DIAS CABREIRO 30/09/1986 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano MICHELLE GONCALVES DIAS CABREIRO

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 CBO S 025 - Faturar Empresa 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 85100218 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- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1.	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD 1	122,00	0,00	15/06/2006				
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/06/20 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 1122,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/06/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/06/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/06/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa