



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/2012	4-Data de Autorização 30/11/2012	5-Será Autorizado	6-Número da Guia Principal 7993110	7-Data Validade da Guia 12/10/2012	404229 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 10020251050600163602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NADJA VICTORIA MARQUES SANTOS	14-Teléfono () 00000000	15-Nome do titular do plano MARGARIDA ROBERTINA MARQUES
--	-----------------------------	--

16-Matrimônio a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLÓGICA 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 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	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	7	3,00	0,00	0,00	39	10/20		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão Término do Tratamento												
☐ 1-Tipo de Atendimento												
44-Tipo de Atendimento												
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento												
☐ 1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US												
73,00												
47-Valor Total R\$												
10,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

pendado, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os pronomes, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme o ato anexo, assinou o ato de consentimento, assinando a declaração de ciência e compreensão do tratamento proposto, bem como a declaração de ciência e compreensão do tratamento proposto, bem como a declaração de ciência e compreensão do tratamento proposto.

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) 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 Envia para o Marcelo Shiwá	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/2012 Dr. Marcelo Shiwá CRMSP 86.554	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2012 Dr. Marcelo Shiwá CRMSP 86.554	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2012 Margarida Robertina Marques	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	--	-------------------------------------