



350413
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/03/10 8/12/01 4-Data de Autorização 10/05/10 8/12/01 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7757757 7-Data Validade da Semeta 10/11/11 1/12/01

8-Número da Carteira 10/02/02 5/10/05 10/06/03 4/10/03 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GABRIEL PRESSI SALLES 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano LUIZ GUSTAVO SALLES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 25-Faturar Empresa Enviar - RX (1) 82001286-38

21-Código na Operador/ CNPJ/ CPF 13 03 33 610 80 816 7 22-Nome do Contratado Executante MARCELO SHIWA 23-Número no CRO 86554 24-UF SP 25-Código CNES (1) 82001286-38

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 Guisa	42-Assinatura
1-10	0182001286	REMOÇÃO DE DENTES	38	1	1	361,00	0,00			04/09/20		
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 Previsto Término do Tratamento 04/09/20 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 361,00 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Existe imagem para

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

04/09/20 Marcelo Shiva

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

04/09/20 Luiz Gustavo Salles

52-Data, local e Carimbo da Empresa

04/09/20