

352873
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
0 0 1 7 / 0 8 / 1 2 0 1

4-Data de Autorização
1 1 7 / 0 8 / 1 2 0 1

5-Sintra
AUTORIZADO

6-Número de Carteira
0 0 2 0 2 0 2 5 1 0 1 5 0 6 0 0 3 4 1 0 0 1 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

7-Data Validade da Sintra
0 5 / 1 1 / 1 2 0 1

8-Número da Guia Principal
7769359

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LUIZ GUSTAVO SALLES

14-Teléfono
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
LUIZ GUSTAVO SALLES

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 3 0 3 3 6 0 8 0 8 6 7

22-Nome do Contratado Executante
MARCELO SHIWA

25-Nome do Profissional Executor
MARCELO SHIWA

26-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

1-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

2-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

3-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

4-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

5-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

6-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

7-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

8-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

9-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

10-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

11-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

12-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

13-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

14-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

15-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/10/2020

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
1 4 1 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0 0 0 0

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

Assinatura do Paciente

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

1. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

3-Data, local e Carimbo da Empresa