



2-Nº

325266
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

1	4	1	0	9	1	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---

6-Número da Guia Principal
7638096

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
18/06/2011

6/10/2016

-Registro ANS 406414	3-Datos 1
--------------------------------	---------------------

Dados do Beneficiário

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

3-Nome	15-Nome do titular do plano
ROBERTA DIAS DE OLIVEIRA SILVA	ROBERTA DIAS DE OLIVEIRA SILVA
14-Telefone	
(1 1 1) 2 4 8 6 - 2 6 6 2	
05/01/1994	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	025 -
N	ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL	86554	SP	02	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3 0 1 3 1 6 0 8 1 0 8 1 6 7	MARCELO SHIWA	86554	SP	

26-Nome do Profissional Excitante										27-Número no CRO										28-UF										29-Código CBO S									
MARCELO SUJIMA										90000										SC										90000									

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

12 | Page

[illegible][illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
18/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3400	0000	0000

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, alcances, 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, 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. $\frac{1}{2} \ln 2$

Dr. Mario Falcón
86-539-1503

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

[illegible]