



2-Nº

334988
INTERCÁMBIO

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
7686027

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 | 6 | 0 | 7 | 2 | 0

3-Data de Emissão da Guia
10/6/10 7/12/01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0002025105506017471601 9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira __/__/__		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
-----------------------	--	--	--	--	--	---	--

13- Nome	ROSELI FERNANDES MONTEIRO
14- Telefone	() - - - - -
15- Nome do titular do plano	ROSELI FERNANDES MONTEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante		19-UF		20-Código CBO S		025 - Estatutária Empresa	
16-Atendimento a RN		ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL		SP		02			
N									

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	

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

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

7 -

8 -

Timeline of COVID-19 events:

- First case in the United States
- First case in the United Kingdom
- First case in Italy
- First case in Spain
- First case in France
- First case in Germany
- First case in the Netherlands
- First case in Belgium
- First case in the United States
- First case in the United Kingdom
- First case in Italy
- First case in Spain
- First case in France
- First case in Germany
- First case in the Netherlands
- First case in Belgium

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

43-Data Previsão Término do Tratamento	16/07/2020	44-Tipo de Atendimento	1- Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	61,00	47-Valor Total R\$	0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$	0,00
--	------------	------------------------	---	------------------------	-------------------	------------------------	-------	--------------------	------	---	------

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 a 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.

45-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/08/11	11/08/11	11/08/11	11/08/11

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----