

2-N^o

Dados do Beneficiário

13-Nome MAIARA ISABELA RAMOS DOS SANTOS	02/09/1997	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JENIFFER FIRMINO LUCIO
--	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	13	0	3	3	6	0	8	0	8	6	7						
22-Nome do Contratado Executante	MARCELO SHIWA																
23-Número no CRO	86554																
24-UF	SP																
25-Código CNEC																	

26-Nome do Profissional Excitante MARCELO SHIWA	27-Número no CRO 86554	28-Uf SP	29-Código CBO S
---	----------------------------------	--------------------	-----------------

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Cidade de Realização	41-Mat. do Dente	42-Processamento
1-0-0	8-2-0-0-0-8-5-9	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	7-3-0-0	0,00		S	20/10/20		

[illegible]

42-Dia 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\$
20/11/20	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	73,00	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 e a arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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-Obsen

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	20/11/2018	Dr. Marcelo Ribeiro Facchini R. P. 66-556
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	20/11/2018	Dr. Marcelo Ribeiro Facchini R. P. 66-556
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	20/11/2018	Simone Ribeiro Facchini
53-Data, local e Contributo da Empresa		

Dr. Marcelo Shitka
Autocomatibo Facial Radial C
CROSP 06.550

Solicitante

Dr. Marcelo Shitka
Autocomatibo Facial Radial C
CROSP 06.550

S1-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

20/11/2018

Dr. Marcelo Shitka
Autocomatibo Facial Radial C
CROSP 06.550

S2-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

20/11/2018

Dr. Marcelo Shitka
Autocomatibo Facial Radial C
CROSP 06.550

Dr. Marcelo
Acomatillo Facal
CROSP 06.503

S2-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

22/11/2019

Emancipado

S3-Dia, local e Cartão da Empresa