



2-Na

309381
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/9/10 4/12/01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7535801

7-Data Validade da Senha
12/8/10 17/12/01

8-Número da Carteira
0102020251010550160009573011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARIA APARECIDA DOS PASSOS

14-Telefone
(11) 2146617001

15-Nome do titular do plano
MARIA APARECIDA DOS PASSOS

16-Atendimento a RN
N

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

18-Numero no CRO
86554

19-UF
SP

20-Código CBO S
02

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1303336080867

22-Nome do Contratado Executante
MARCELO SHIWA

23-Numero no CRO
86554

24-UF
SP

25-Código CNES
(F) 85200140-24

26-Nome do Profissional Executante
MARCELO SHIWA

27-Numero no CRO
86554

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Tabella
1-00185200140

31-Código do Procedimento
TRATAMENTO ENDODONTICO

32-Descrição
TRATAMENTO ENDODONTICO

33-Dente/Região
24

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
33300

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
21/05/2020

41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura
[assinatura]

43-Data Previsão Término do Tratamento
21/05/2020

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento
1-Total

46-Total Quantidade US
33300

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

49-Observação
Enviado imagem para posse

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
21/05/2020 [assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/05/2020 [assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/05/2020 [assinatura]

53-Data, local e Carimbo da Empresa
[carimbo]

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.