



431946  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/11/2012                           | 4-Data de Autorização<br>04/11/2012                             | 5-Serção<br>AUTORIZADO                                      | 6-Número da Guia Principal<br>8107392                                   | 7-Data Validade da Serção<br>01/11/2012 |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550601489602                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA                          | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                         | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                                   |                                         |
| 13-Nome<br>EDNA MARIA DA SILVA PEREIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   | 14-Telefone<br>13/10/1970                                       | 15-Nome do titular do plano<br>FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA |                                                                         |                                         |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>A.R. ODONTOLOGIA BEM ESTAR | 18-Número no CRO<br>30136                                       | 19-UF<br>SP                                                 | 20-Código CBO S<br>10                                                   | 025 -<br>Faturar Empresa                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>04450751809                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 22-Nome do Contratado Executante<br>NORA CLAROS BAUTISTA PATINO   | 23-Número no CRO<br>30136                                       | 24-UF<br>SP                                                 | 25-Código CNES                                                          |                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NORA CLAROS BAUTISTA PATINO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   | 27-Número no CRO<br>30136                                       | 28-UF<br>SP                                                 | 29-Código CBO S                                                         |                                         |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 31-Código do Procedimento                                         | 32-Descrição                                                    | 33-Dente/Região                                             | 34-Face                                                                 | 35-Qto                                  |
| 1-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 008540386                                                         | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL                                       | AI                                                          | 1                                                                       | 169800                                  |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 36-Quantidade US                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 37-Valor                                                          | 38-Franquia/Co-participação R\$                                 | 39-Aut                                                      | 40-Data de Realização                                                   | 41-Motivo da Óbito                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |                                                                 |                                                             | 04/11/2012                                                              |                                         |
| 42-Assinatura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 44-Tipo de Atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 45-Tipo de Faturamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 46-Valor Total R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 47-Valor Total R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 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. |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>04/11/2012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>04/11/2012 |                                                             | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>04/11/2012 |                                         |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                 |                                                             |                                                                         |                                         |