



459149  
INTERCÂMBIO

|                          |                                             |                                         |                       |                                       |                                              |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/11/01 11/21 | 4-Data de Autorização<br>12/11/01 11/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8218068 | 7-Data Validade da Senha<br>12/11/01 14/12/1 |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                 |                                |                                          |                                          |                                       |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00020253037210000010101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>IRIZETE APARECIDA PINHEIRO | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|

13-Nome

|                                 |                              |                                                                |
|---------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| IRIZETE APARECIDA PINHEIRO LIMA | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>IRIZETE APARECIDA PINHEIRO LIMA |
|---------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                        |                            |             |                       |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|-----------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA BRAZIL IMAGEM LINS LTDA | 18-Número no CRO<br>112010 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>09 |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|-----------------------|

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

|                                                           |                            |             |                                |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|--------------------------------|
| 22-Nome do Contratado Executante<br>ADAIR TRAPICHE JUNIOR | 23-Número no CRO<br>112010 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES<br>(1) 81000405 |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|--------------------------------|

26-Nome do Profissional Executante

|                       |                            |             |                 |
|-----------------------|----------------------------|-------------|-----------------|
| ADAIR TRAPICHE JUNIOR | 27-Número no CRO<br>112010 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S |
|-----------------------|----------------------------|-------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dentur/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glorosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|------------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------|---------------|
| 1-00      | 81000405                  | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                  | 1       | 7      | 8,00             | 0,00     |                                 |        |                       |                      |               |
| 2-        |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 3-        |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 4-        |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 5-        |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 6-        |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 7-        |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 8-        |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 9-        |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 10-       |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 11-       |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 12-       |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 13-       |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 14-       |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 15-       |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |

43-Data Previsão Término do Tratamento

|                                                                                                            |                                             |                                  |                             |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>10,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, 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(ram) realizado(s) de acordo com o planejamento 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. Valor: R\$ 1120,00

49-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 |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|