



346847  
INTERCÂMBIO

|                                                                            |                                                                             |                                        |                                                     |                                       |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                   | 3-Data de Emissão da Guia<br>28/10/2012                                     | 4-Data de Autorização<br>28/10/2012    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                               | 6-Número da Guia Principal<br>7740602 | 7-Data Validade da Senha<br>26/11/2012 |
| Dados do Beneficiário                                                      |                                                                             |                                        |                                                     |                                       |                                        |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550601729703                               | 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>MARIANA NUNES RODRIGUES PEREIRA                                 |                                                                             | 14-Telefone<br>26/01/2011              | 15-Nome do titular do plano<br>ANGELA NUNES PEREIRA |                                       |                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                            |                                                                             |                                        |                                                     |                                       |                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                   | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM |                                        | 18-Número no CRO<br>67946                           | 19-UF<br>SP                           | 20-Código CBO S                        |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>16818324886                         | 22-Nome do Contratado Executante<br>FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM    |                                        | 23-Número no CRO<br>67946                           | 24-UF<br>SP                           | 25-Código CNES                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM |                                                                             | 27-Número no CRO<br>67946              | 28-UF<br>SP                                         | 29-Código CBO S                       |                                        |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                            |                                                                             |                                        |                                                     |                                       |                                        |

025 -  
Faturar Empresa  
Enviar - RX  
(I) 85100200

| 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 |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 54              | DO      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 |        | 28/10/2012            |                    |               |
| 2         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>28/10/2012 | 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>88,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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>28/10/2012 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>28/10/2012 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>28/10/2012 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|