



2503942
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia (15/11/2014) 3-Data de Autorização (29/11/2014) 4-Senha AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 14492063 6-Data de Validade da Guia (14/12/2014)

8-Número da Carteira 002020251240029000000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço 56121881 TALITA STEFANI DE 11-Data de Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome DAVI LUCCA DE CASTRO 14-Telefone (11) 24/02/2014 15-Nome do titular do plano TALITA STEFANI ELIAS

16-Identificação e RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ILMUMPLANTE 18-Número no CRO 94352 19-UF SP 20-Código CBO S 02 21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 48398479000192 22-Nome do Contratado Executante SORRIMPLANTE CLINICA ODONTOLÓGICA 23-Número no CRO 94352 24-UF SP 25-Código CNES 5703190 26-Nome do Profissional Executante ALECSANDRA DOS SANTOS FERREIRA 27-Número no CRO 94352 28-UF SP 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Cooperativização R\$	39-UF	40-Data de Realização	41-Status do Dente (32=implante)
1	00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	611,00	0,00	S	28/10/2014	Impl
2	00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	611,00	0,00	S	28/10/2014	Impl
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tratamento Odontológico: 2-Exame Radiológico, 3-Ortodontia, 4-Urgência/Emergência 46-Tipo de Faturamento 47-Valor Total R\$ 48-Valor Total Faturado - Linhas de Crédito R\$ 49-Valor Total Faturado - Linhas de Crédito R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações e recomendações profissionais essenciais e ainda 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, os custos referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Data, Local e Assinatura do Responsável pelo Serviço 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário 53-Data, Local e Assinatura do Responsável pelo Serviço

48.398.479/0001-92
Sorrimplante Clínica Odontológica
Especializada Ltda
Avenida do Oratório, 2366 - Sala 02/04
Pq. São Lucas - São Paulo/SP
CEP: 03.220-100