



403755
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2012	4-Data de Autorização 13/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7991221	7-Data Validade da Senha 21/01/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PEDRO OLEGARIO DA SILVA FILHO	14-Telefone (11) 4432-2979	15-Nome do titular do plano VERA LUCIA FERREIRA SILVA
--	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN	18-Número no CRO 114476	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22044228866	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN	23-Número no CRO 114476	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN	27-Número no CRO 114476	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Clossa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			13/11/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			13/11/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			13/11/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			13/11/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			13/11/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/11/2012	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 e referidos 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, 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 13/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 13/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/2012
---	---	---	---

Patricia Ferrantin

Patricia Ferrantin

Dra. Patrícia F. Ferrantin
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 114476