



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 08/12/12	4-Data de Autorização 11/12/10 08/12/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10798241	7-Data Validade da Senha 13/11/10 12/12
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

1084426
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 511055061016843011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAIS JUSTINO CAETANO	23/10/1984	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAIS JUSTINO CAETANO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1449184113000144	22-Nome do Contratado Executante NOLASCO ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA
26-Nome do Profissional Executante BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE	27-Número no CRO 134922
18-Número no CRO 134922	19-UF SP
23-Número no CRO 138944	24-UF SP
25-Código CUES 2879549	28-UF SP
29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	0	8100065			1	34,00	0,00			12/08/2010		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/08/2010	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	--	---------------------------------	----------------------------	---

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, é 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 este 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 Solidante 12/08/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2010	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/08/2010
---	---	---	--

Notasco Odontologia
Rua Caqueto, 57
Tel: 3473-0553