



1-Registro ANS 406414	3-Dia da emissão da Guia 11/01/2015/12/11	4-Dia de Autorização 11/11/2015/12/11	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8570639	7-Dia Validade da Semra 10/8/10/8/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01012101215110151016011915161310121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LOURDES SALATINO DEVIDES					
14-Telefone (11) 1316101914131111					
15-Nome do titular do plano SILENE DEVIDES FURLAN					
16-Contrato Rescatável pelo Titularmente 30/05/1953					
18-Atribuição a RIN N	17-Nome do Profissional Societário LARA SILVA MILANEZ	18-Número no CRO 137478	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Demanda / CNU / CPF 13191618161416111815101111	22-Nome do Contratado Executante LARA SILVA MILANEZ	23-Número no CRO 137478	24-UF SP	25-Código CNEC	
26-Nome do Profissional Encarregado LARA SILVA MILANEZ	27-Número no CRO 137478	28-UF SP	29-Código CBO S		

546800
INTERCÂMBIO

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado												
30 Tabela	31 Código do Procedimento	32 Descrição	33 Dente/Região	34 Fator	35 Ord	36 Quantidade US	37 Valor	38 Franquia/Co-participação R\$	39 Anl	40 Data de Realização	41 - Número da Oção	42 Assinatura
1	0	0	0	8	1	0	0	0	6	5		
2	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
3	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
4	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
5	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
6	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
7	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
8	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
9	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
10	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
11	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
12	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
13	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
14	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
15	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
16	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
17	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
18	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
19	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
20	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
21	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
22	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
23	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
24	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
25	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
26	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
27	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
28	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
29	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
30	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
31	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
32	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
33	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
34	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
35	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
36	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
37	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
38	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
39	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
40	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
41	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
42	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
43	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
44	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
45	0	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	
46	0	0	0	8	5							

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 acatar com os custos previstos. 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 por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a acatar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observing

Dr. Cătra Silvia Milanez
Cirurgiă Dentistă

Dr. Lara Silva Milanez
Cirurgiã Dentista

50-Dados locais e Assinatura do Contratado	51-Dados locais e Assinatura do Contratado	52-Dados locais e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Dados locais e Cópia da Proposta
13/4/2011	13/4/2011	13/4/2011	13/4/2011
Assinatura do Contratado	Assinatura do Contratado	Assinatura do Beneficiário/Responsável	Cópia da Proposta

CHRO/SP 137470