



474752  
INTERCÂMBIO

|                                                         |                                                          |                                           |                                                             |                                       |                                      |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/10/2012                  | 4-Data de Autorização<br>11/10/2012       | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                       | 6-Número da Guia Principal<br>8290385 | 7-Data Validade da Senha<br>12/10/12 |
| Dados do Beneficiário                                   |                                                          |                                           |                                                             |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>0020252065000014401             | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                           | 10-Empresa<br>C N M ORGANIZACAO LOGISTICA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                         | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                      |
| 13-Nome<br>VERONICA EVANGELISTA DE LIMA                 |                                                          | 14-Telefone<br>26/10/1980                 | 15-Nome do titular do plano<br>VERONICA EVANGELISTA DE LIMA |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento         |                                                          |                                           |                                                             |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RICARDO FERRARESI | 18-Número no CRO<br>61320                 | 19-UF<br>SP                                                 | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>13292403839      | 22-Nome do Contratado Executante<br>RICARDO FERRARESI    | 23-Número no CRO<br>61320                 | 24-UF<br>SP                                                 | 25-Código CNES                        |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RICARDO FERRARESI |                                                          | 27-Número no CRO<br>61320                 | 28-UF<br>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 Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/02/12              |                    | x1/Ricardo    |
| 2         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                              |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 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>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>136,00 | 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 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<br>11/02/12 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/02/12 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável<br>11/02/12 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/02/12 |
|---------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. Ricardo Ferraresi  
CD. Periodontista  
CRO-SP 61320/CRO-MS 3276