



2.45

549429
INTERCÂMBIO

1 Registro ANS 406414	3 Data de Emissão da Guia 11/2//015//211	4 Data de Autopagto 11/3//015//211	5 Sertha AUTORIZADO	6 Número da Guia Principal 8580337	7 Data Validada de Sertha 11/01/018//211	549429 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8 Número da Carteira	10 Empresa	11 Data Vencimento da Carteira	12 Número do Cartão Nacional da Saúde
10 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 1 9 5 6 3 0 2	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11/11/11	
9º Plano POS REDE PRESTADORA			

13 Nome LOURDES SALATINO DEVIDES	30/05/1953
14 Telefone () ()	
15 Nome do titular do passaporto SILENE DEVIDES FURLAN	

Dados do Contribuinte (Pessoa Física): Titularidade	
16-Identificação e PN N	17-Nome do Contribuinte (Sócio(a)) LARA SILVA MILANEZ
18-Matriz no CNPJ 137478	19-UF SP
20-Código CND S 025 - Faturar Empresa	

27-Documento de Operação / DNP / CPF	3 9 6 8 6 4 6 1 8 5 0
22-Nome do Centralizado Exatima	LARA SILVA MILANEZ
23-Numero do CHD	137478
24-UF	SP
25-Cidade/CEAS	

25 Nome do Profissional Exercitante	LARA SILVA MILANEZ	
27 Número no CNO	137478	28 Código CNO S
29 UF	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Sugeridos	
30 - Inicial	31 - Diagnóstico e planejamento
32 - Diagnóstico	33 - Fases
34 - Diagnóstico	35 - Fases
36 - Quantificação US	37 - Valor
38 - Faturamento/Co-participação R\$	39 - Análise
40 - Data de Realização	41 - Monitorar o Gasto de Assistência

[illegible]

60

70

5.

[illegible][illegible][illegible]

43) Qual o seu Tipo de Tratamento?	44) Tipo de Atendimento	45) Tipo de Fluxamento	46) Total Ocorrências US	47) Valor Total R\$	48) Total Sanquias / Co-participação R\$
1) Tratamento Ocorrência 2) Exame Rastrológico 3) Ocorrência 4) Urgência/Emergência		1) Total 2) Parcela	161,00	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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acatá-lo com os custos previstos e autorizo a emissão de boleto bancário para pagamento em nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores e o prazo de pagamento, ficando eu, o paciente, responsável pelo pagamento do mesmo, não podendo alegar desconhecimento ou falta de conhecimento prévio quanto ao valor e prazo de pagamento, ficando eu, o paciente, responsável por pagar o valor devido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por minha assinatura(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 e o prazo de pagamento, ficando eu, o paciente, responsável pelo pagamento do mesmo, não podendo alegar desconhecimento ou falta de conhecimento prévio quanto ao valor e prazo de pagamento, ficando eu, o paciente, responsável por pagar o valor devido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por minha assinatura(s), com meu consentimento e de forma satisfatória.

43. Observação: referências ao tratamento realizado, comprometendo-se a atuar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Larissa Silva Milanez
Cirurgiã Dentista

[illegible]