



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 4-Data de Autorização 10/12/10 5-Será Autorizado 50188964 6-Número da Guia Principal 50188964 7-Data Validade da Guia 10/12/10 8-Data Validade da Guia 10/12/10

369087
INTERCÂMBIO

8-Número de Carteira 00379994064957672 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASSOCIACAO DA IGRE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708700106602598

13-Nome BRUNO ROBERTO PEREIRA DOS SANT 14-Telefone 15-Nome do titular do plano BRUNO ROBERTO PEREIRA DOS SANT

16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento

17/08/1980

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE GONCALVES DA SILVA IESPA 18-Número no CRO 46642 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 144924659762 22-Nome do Contratado Excedente FELIPE GONCALVES DA SILVA IESPA 23-Número no CRO 46642 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Excedente FELIPE GONCALVES DA SILVA IESPA 27-Número no CRO 46642 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-Índice	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 Cioss	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,40	0,00	0,00	0,00	10/12/10	X	
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	10/12/10	X	
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	10/12/10	X	
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	10/12/10	X	
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	10/12/10	X	
6-1	1		1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	10/12/10	X	
7-1	1		1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	10/12/10	X	
8-1	1		1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	10/12/10	X	
9-1	1		1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	10/12/10	X	
10-1	1		1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	10/12/10	X	
11-1	1		1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	10/12/10	X	
12-1	1		1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	10/12/10	X	
13-1	1		1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	10/12/10	X	
14-1	1		1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	10/12/10	X	
15-1	1		1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	10/12/10	X	

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Atendimento Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1174,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaramos, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaramos, 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 pegar 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: Felipe Gonçalves da Silva Iespa 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: Felipe Gonçalves da Silva Iespa 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: Bruno Roberto Pereira dos Santos 53-Data, local e Cartão da Empresa: 10/12/10