



372664
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2019 4-Data de Autorização 11/01/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7858725 7-Data Validade da Senha 10/09/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025047061000032021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SCHATTDECOR DO BRASIL INDE 11-Data Validade da Carteira 11/01/2019

13-Nome MARIA INES MUCHAGATA CABRAL PACIENCIA 14-Telefone (11) 00000000 15-Nome do titular do plano JOSE ANTONIO DOS ANJOS PACIENCIA 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matutamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 18-Número no CRO 123228 19-UF SP 20-Código CBO S 025- Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11112198283 22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 23-Número no CRO 123228 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 27-Número no CRO 123228 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gêsa	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,0			11/01/2019	20	
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,0			11/01/2019	20	
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,0			11/01/2019	20	
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,0			11/01/2019	20	
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,0			11/01/2019	20	
6-00	085100019	RESTAURAÇÃO RESINA	13	1	1	6,1	10,0			11/01/2019	20	
7-00	085100019	RESTAURAÇÃO RESINA	14	1	1	6,1	10,0			11/01/2019	20	
8-00	085100019	RESTAURAÇÃO RESINA	16	1	1	6,1	10,0			11/01/2019	20	
9-00	085100019	RESTAURAÇÃO RESINA	23	1	1	6,1	10,0			11/01/2019	20	
10-00	085100019	RESTAURAÇÃO RESINA	24	1	1	6,1	10,0			11/01/2019	20	
11-00	085100019	RESTAURAÇÃO RESINA	25	1	1	6,1	10,0			11/01/2019	20	
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/2019 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 544,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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(ram) 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 Solicitante 11/01/2019 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2019 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2019 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2019

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228