



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2019	4-Data de Autorização 12/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 787646	7-Data Validade da Guia 15/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

376781
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 00202511050601435701	9-Pano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUPERCINA NOGUEIRA DINIZ		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUPERCINA NOGUEIRA DINIZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	18-Número no CRO 123228	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111121982883	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	23-Número no CRO 123228	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO		27-Número no CRO 123228	28-UF SP
29-Código CBO S		30-Código CBO S	

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MO	1	8,80	0,00	0,00	15/10/2019			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/10/2019	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 8,80	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), (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 Solicitante 12/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2019
---	---	---	---

Dr. Alexandre Mesquita Constantino
CRO - SP 123228

Dr. Alexandre Mesquita Constantino
CRO - SP 123228

Dr. Alexandre Mesquita Constantino
CRO - SP 123228

Dr. Alexandre Mesquita Constantino
CRO - SP 123228