



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/09 4-Data de Autorização 10/3/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7839416 7-Data Validade da Guia 13/01/11 8-Data Validade da Guia 13/01/11

367902
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020251050600505011

9-Plano 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 KATIA ALVES GAMA SANTOS AMORIM

25/10/1982

14-Telefone (11) 11111111

15-Nome do titular do plano KATIA ALVES GAMA SANTOS AMORIM

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

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111121982883 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-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	01/09/20	Atividade	
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	08/09/20	Atividade	
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	08/09/20	Atividade	
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	08/09/20	Atividade	
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	08/09/20	Atividade	
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	01	61,00	0,00	0,00	0,00	08/09/20	Atividade	
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/10/20 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 239,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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) acima, e por mim assinado(s), (tollo)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 10/3/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/3/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/3/10

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228