



335780
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 4-Data de Autorização 10/09/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7689555 7-Data Validade da Senha 10/06/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ADRIANA MARIA DE JESUS 07/09/1987 14-Telefone 11 254517942 15-Nome do titular do plano ADRIANA MARIA DE JESUS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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 / CPE

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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	8100030			1	34,00	0,00			15/07/20		
2-0	0	85300047			1	36,00	0,00			15/07/20		
3-0	0	85300047			1	36,00	0,00			15/07/20		
4-0	0	85300047			1	36,00	0,00			15/07/20		
5-0	0	85300047			1	36,00	0,00			15/07/20		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 15/04/20 44-1-Tipo de Atendimento 1 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-1-Tipo de Faturamento 1 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 Solicitador 15/07/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/07/10

Dr. Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228