



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/21/01/213 4-Data de Autorização 11/71/01/213 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10758107 7-Data Validade da Seria 11/21/01/213

1292305
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025105506011622021

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 MARIANA SILVA CARDOSO

19/11/2006

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano GILMA BARBOSA SILVA CARDOSO

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- 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 Gínea	42- Assinatura
1-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1,0 10		0 1,0 10		11/01/02/123		
2-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1,0 10		0 1,0 10		11/01/02/123		
3-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1,0 10		0 1,0 10		11/01/02/123		
4-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1,0 10		0 1,0 10		11/01/02/123		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/10/123 44-Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1 - Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1140100 47-Valor Total R\$ 0100 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 e contra. 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 Solidante 11/11/01/123 Dr. Alexandre Mesquita Constantino 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/01/123 Dr. Alexandre Mesquita Constantino 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/12/13 - 023 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/01/123 Dr. Alexandre Mesquita Constantino

Cirurgião - Dentista

Cirurgião - Dentista

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228

CRO - SP 123228

CRO - SP 123228