



309899
INTERCÂMBIO

1. Registro ANS 406414 3. Data de Emissão da Guia 02/05/2012 4. Data de Autorização 04/05/2012 5. Sentença AUTORIZADO 6. Número da Guia Principal 7538578 7. Data Validade da Sentença 31/07/2012

Dados do Beneficiário

8. Número da Carteira 002025105506040400021 9. Plano POS REDE PRESTADORA 10. Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11. Data Validade da Carteira 12/09/1978 12. Número do Cartão Nacional de Saúde

13. Nome MICHELE DIAS PAZINI 14. Telefone (11) 22973363 15. Nome do Titular do Plano ANDERSON GUERREIRO PAZINI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16. Atendimento a RN 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 11121982883 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 Glosa	42. Assinatura
1	0108100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			34,00	0,00			04/05/2012		MP
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43. Data Previsto Término do Tratamento 04/05/2012 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 34,00 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 Solicitante 04/05/2012 51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/05/2012 52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/05/2012 53. Data, local e Carimbo da Empresa 04/05/2012