



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/05 4-Data de Autorização 10/02/06 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7601851 7-Data Validade da Senha 12/08/08

318433
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10002012510151060117968011

9-Polvo 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 NILTON RIBEIRO DOS SANTOS

28/07/1961

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano NILTON RIBEIRO DOS SANTOS

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

25-Código CNES

24-UF SP

26-Valor Faturar Empresa 025

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111121191828831 22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

23-Número no CRO 123228

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excitante 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	09/06/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	09/06/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	09/06/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	09/06/20		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Tempo do Tratamento 09/06/20

44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-1-Totál 2-Parcial

46-Total Quantidade US 1144,00

47-Valor Total R\$

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 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 02/06/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 02/06/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/06/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/06/20