



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 06/11/2019 4-Data de Autorização 11/11/2019 5-Semeta PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 390912 7-Data Validade da Semeta 04/11/2021 390912 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00202510550600637302 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/2019 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome DANIEL NOGUEIRA MIRANDA 01/10/1995 14-Telefone () 26827447 15-Nome do titular do plano FRANCISCO AMERICO MIRANDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Aferimento a RNI 17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 18-Número no CRO 123228 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11112198283 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N	10/06/2019		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 06/11/2019												
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 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 06/11/2019 Dr. Alexandre Mesquita Constantino 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2019 Dr. Alexandre Mesquita Constantino 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2019 Daniel Nogueira Miranda 53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/2019

Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228