



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 4-Data de Autorização 13/11/08 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7829116 7-Data Validade da Sentença 12/01/11 8-Data Validade da Sentença 12/01/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025110550601435701 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 365706 INTERCÂMBIO

13-Nome LUPERCINA NOGUEIRA DINIZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aferimento 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 1111219182883 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/Ruglio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Montante da Guia	42-Assinatura
1-010	811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34	10,00			12/08/10		
2-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36	10,00			03/09/10		
3-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36	10,00			03/09/10		
4-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36	10,00			03/09/10		
5-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36	10,00			03/09/10		
6-010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21 D	1		16	10,00			16/09/10		
7-010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22 D	1		16	10,00			16/09/10		
8-010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15 V	1		6	10,00			16/09/10		
9-010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34 V	1		16	10,00			16/09/10		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 16/09/10 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 3-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 42 47-Valor Total R\$ 420,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

49-Observação

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 03/08/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 03/08/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/10 53-Data, local e Cartão da Empresa 03/08/10

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228