



1430910
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2014	4-Data de Autorização 12/11/2014	5-Serina AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 11162627	7-Data Validade da Serina 12/11/2017
Dados do Beneficiário			8-Numero da Carteira 0020254964170000010		
13-Nome DIRCEU ANTONIO DA CONCEICAO			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
12-Numero do Cartão Nacional de Saúde			15-Nome do titular do plano DIRCEU ANTONIO DA CONCEICAO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO		17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO		18-Numero no CRO 123228	
21-Código na Operadora / CTPJ / CPF 111121982883		22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO		23-Numero no CRO 123228	
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO		27-Numero no CRO 123228		28-UF SP	
Plano de Tratamento / Procedimento / Serviços					
30- Tabela 31-Código do Procedimento 08200875	32-Descrição EXODONTIA SIMPLES DE	33-Dente/Região 48	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 73,00
37-Valor 0,00			38-Franquia/Co-participação R\$ 5123,05		
39-Aut 23			40-Data de Realização 05/12/23		
41-Motivo da Glosa			42-Assinatura		
43-Data Previsto Término do Tratamento 23/05/23					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 73,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00					

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
09/05/23, Alexandre Mesquita Constantino, Cirurgião - Dentista, CRO - SP 123228

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
09/11/23, Dr. Alexandre Mesquita Constantino, Cirurgião - Dentista, CRO - SP 123228

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
23/11/23, Dr. Alexandre Mesquita Constantino, Cirurgião - Dentista, CRO - SP 123228

53-Data, local e Assinatura da Empresa
09/12/23, Dr. Alexandre Mesquita Constantino, Cirurgião - Dentista, CRO - SP 123228