



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 06/11/2010 4-Data de Autorização 16/11/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8028325 7-Data Validade da Guia 10/04/2012

8-Número da Carteira 002020251050601684301 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento THAIS JUSTINO CAETANO 13-Nome do titular do plano THAIS JUSTINO CAETANO 14-Telefone () - - - - - 15-Data Validade da Guia 10/04/2012

16-Atendimento a PN N 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 / CN 11121982883 22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 23-Número no CRO 123228 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 27-Número no CRO 123228 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Faturar Empresa

31-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 32-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 33-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 34-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 35-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 36-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 37-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 38-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 39-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 40-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 41-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 42-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 43-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 44-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 45-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 46-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 47-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 48-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 49-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 50-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fraco	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	73,00	0,00	0,00	18/11/20	18/11/20	18/11/20		
2-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	73,00	0,00	0,00	18/11/20	18/11/20	18/11/20		
3-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	73,00	0,00	0,00	18/11/20	18/11/20	18/11/20		
4-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	18	1	73,00	0,00	0,00	18/11/20	18/11/20	18/11/20		
5-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	73,00	0,00	0,00	18/11/20	18/11/20	18/11/20		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/12/20 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 365,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Fratura / Co-participação R\$ 0,00

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) acima, e por mim assinado(s), (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

Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 54-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 55-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 56-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 57-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 58-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 59-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 60-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 61-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 62-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 63-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 64-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 65-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 66-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 67-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 68-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 69-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 70-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 71-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 72-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 73-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 74-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 75-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 76-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 77-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 78-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 79-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 80-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 81-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 82-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 83-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 84-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 85-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 86-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 87-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 88-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 89-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 90-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 91-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 92-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 93-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 94-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 95-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 96-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 97-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 98-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 99-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 100-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável