



340533
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/07/2010 4-Data de Autorização 12/12/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7711066 7-Data Validade da Senha 14/10/2010

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202510550600915201 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11

13-Nome WAGNER ROBERTO ALVES

15-Nome do Titular do plano WAGNER ROBERTO ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aprendimento a RN ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 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 111121982883

22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

25-Nome do Profissional Excitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

26-Nome do Profissional Excitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura					
1-	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	11	M	1	6 1, 0 0	0, 0 0	0, 0 0	0, 0 0	05/08/20							
2-	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	16	M	1	6 1, 0 0	0, 0 0	0, 0 0	0, 0 0	05/08/20							
3-	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	42	I	1	6 1, 0 0	0, 0 0	0, 0 0	0, 0 0	05/08/20							
4-																	
5-																	
6-																	
7-																	
8-																	
9-																	
10-																	
11-																	
12-																	
13-																	
14-																	
15-																	
43-Data Previsto Término do Tratamento	05/08/20	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	183,00	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), (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 12/11/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2010

Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228