

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/05/2016 4-Data de Autorização 13/05/2016 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7662987 7-Data Validade da Senha 12/03/2019

330054 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 1002025105506009348011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALESSANDRA ROBERTA TAMOYO 30/09/1969 14-Telefone

15-Nome do Titular do plano ALESSANDRA ROBERTA TAMOYO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

18-Numero no CRO 123228 19-UF SP

20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111121982883

22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 23-Numero no CRO 123228 24-UF SP 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (f) 85100218 26-Numero do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 27-Numero 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			12/05/2016		
2-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MOD	1	12,00	0,00			12/05/2016		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
01/10/2016	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	156,00	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) 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 10/11/2016 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2016 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2016 53-Data, local e Cópia da Empresa 10/11/2016