



308854
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/8/10 14/12/01	4-Data de Autorização 10/1/10 15/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7533746	7-Data Validade da Senha 12/7/10 17/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 000202510550601686401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome ELISANGELA ALVES DOS SANTOS	29/08/1973	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano ELISANGELA ALVES DOS SANTOS
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Anuenciamento a RN ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111121982883	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	23-Número no CRO 123228
	24-UF SP
	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-37
	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/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	37	1	53300	0,00	0,00		13/05/10			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/05/10	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 533300	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) 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

Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/10/2010
---	---	---	---

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228