



339812
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/05/2017 4-Data de Autorização 11/07/2017 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7707617 7-Data Validade da Guia 11/03/2017

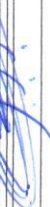
8-Número da Carteira 00202510550601174101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome SARA CRISTINA DA SILVA 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do Titular do Plano SARA CRISTINA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento 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 23-Número no CRO 123228 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 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-Dentofórmula	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	14	1	73,00	0,00			11/07/2017		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
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\$		
12/31/01/20		1 - Tratamento Odontológico		1 - Total 2-Parcial		73,00		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), 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												
  												

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 11/11/01/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/01/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/31/01/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/01/20

Alexandre Mesquita Constantino Cirurgião - Dentista CRO - SP 123228 Alexandre Mesquita Constantino Cirurgião - Dentista CRO - SP 123228 Alexandre Mesquita Constantino Cirurgião - Dentista CRO - SP 123228