



339774
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2017	4-Data de Autorização 12/3/10/2017	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7707550	7-Data Validade da Serinha 13/10/2017
8-Número da Carteira 0020202529380400000102			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome LARYSSA ARIADNE RODRIGUES			14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade do Plano / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / / / /
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO		18-Número no CRO 123228	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1111219883		22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO		23-Número no CRO 123228	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO		27-Número no CRO 123228		28-UF SP	25-Código CNES / /
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diagnóstico 34-Fase	35-CRI	36-Quantidade US	37-Valor
1-008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00
2-0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	01	161,00	0,00
3-0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	01	161,00	0,00
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 Previsão Término do Tratamento 29/03/20	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 156,00	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), 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
29/10/2017
Alexandre Mesquita Constantino
CNO - SP 123228

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
29/10/2017
Alexandre Mesquita Constantino
CNO - SP 123228

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/10/2017
Laryssa Ariadne Rodrigues
CNO - SP 123228

53-Data local e Carimbo da Empresa
29/10/2017
Alexandre Mesquita Constantino
CNO - SP 123228