

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



340849
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 11/07/2011 4- Data de Autorização 12/07/2011 5- Senha AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 7712465 7- Data Validade da Senha 15/11/2011

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 1002025105506017968011 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 NILTON RIBEIRO DOS SANTOS

14- Telefone () - - - - -

15- Nome do titular do plano NILTON RIBEIRO DOS SANTOS

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 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- 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 Gressa	42- Assinatura
1	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	46	1	73,00	0,00	0,00	11/09/2011	11/09/2011		
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	73,00	0,00	0,00	11/09/2011	11/09/2011		
3	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	73,00	0,00	0,00	11/09/2011	11/09/2011		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Previsto Término do Tratamento 12/10/2011 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US 219,00 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 11/09/2011 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2011 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2011 53- Data, local e Assinatura da Empresa 11/09/2011

Cirurgião - Dentista Alexandre Mesquita Constantino CRO - SP 123228