

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/2013 4-Data de Autorização 13/10/2013 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7478162 7-Data Validade da Senha 13/10/2016

300635
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira

010202510550601796801

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

13/10/2013

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

NILTON RIBEIRO DOS SANTOS

28/07/1961

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

NILTON RIBEIRO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acreditação 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 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

111121982883

22-Nome do Contratado Excedente

ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

23-Número no CRO

123228

24-UF

SP

25-Código CNES

025 -

26-Nome do Profissional Excedente

ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

27-Número no CRO

123228

28-UF

SP

29-Código CBO S

025 -

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento 32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Régio

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

1-0

0-1

8-1

0-0

0-0

3-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

0-0

Dr. Alexandre Mesquita Constantino

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228

Dr. Alexandre Mesquita Constantino

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228

Dr. Alexandre Mesquita Constantino

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228

Dr. Alexandre Mesquita Constantino

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228

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(ram) 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

43-Data Previsão Término do Tratamento

09/10/2013

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

34,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0,00

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

13/10/2013

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

13/10/2013

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

13/10/2013

53-Data, local e Carimbo da Empresa

13/10/2013