

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



289117
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 17/10/2017 4- Data de Autorização 18/10/2017 5- Sessão AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 7414833 7- Data Validade da Sessão 17/10/2017

8- Número da Carteira 0002025105506017795011 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11- Data Validade da Carteira 17/10/2017 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome FERNANDA NUNES NOBRE SILVA 03/02/1981 14- Telefone () - - - - - 15- Nome do titular do plano FERNANDA NUNES NOBRE SILVA

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 - 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 Enviar - RX (1) 85100200 26- Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 27- Número no CRO 123228 28- UF SP 29- Código CBO S (1F) 8520015846

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 Glosa	42- Assinatura
1	010181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		11	17/10/2017		Fernanda
2	010185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00		11	12/10/2017		Fernanda
3	010185200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00		11	06/05/2017		Fernanda
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Prevista Término do Tratamento 12/10/2017 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 655,00 47- Valor Total R\$ 10,00 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2017 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2017 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2017 53- Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2017

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