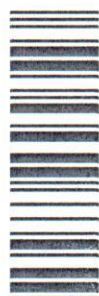




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1443748
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/05 11/23	4-Data de Autorização 11/11/05 11/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11199303	7-Data Validade da Senha 10/08/08 11/23
---------------------------	---	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020255591010100089011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS GUARDAS CÍVIS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GEOVANE DOS SANTOS BAZILIO	24/08/1972	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GEOVANE DOS SANTOS BAZILIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM 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 no Operador / CNP / CPF 11121982883	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- Monio da Glosa	42- Assinatura
1	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		0,00		12/05/03		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/05/03	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-Tota Quantidade US 34,00	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 no 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 12/05/03	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/03	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/03	53-Data, local e Cartão da Empresa 12/05/03
---	---	---	--

Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228