

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



329846
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 40614 3-Data de Emissão da Guia 12/05/2012 4-Data de Autorização 12/09/2012 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7661982 7-Data Validade da Guia 12/09/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601174101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12/09/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

SARA CRISTINA DA SILVA 13/03/1979 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SARA CRISTINA DA 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 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111219182883 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/Régulo	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			25/06/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 25/06/2012 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\$

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 12/06/2012 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2012 52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 29/06/2012 53-Data local e Campo da Empresa 12/06/2012

Alexandre Mesquita Constantino

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228