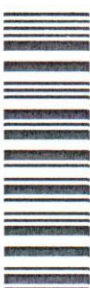




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



428200
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2012	4-Data de Autorização 13/01/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8091842	7-Data Validade da Sentença 24/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020201251105506010198011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 428200
--	--------------------------------	--	---	---

13-Nome CLAUDIA CRISTINA FRANCO VIANA	14-Teléfono 06/02/1967	15-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	16-Data Validade da Carteira 1/1/1/1
--	---------------------------	---	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a R/N 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 11112198283	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	23-Número no CRO 123228	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
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/Rogão	34-Face	35-Cdi	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34	0,00	0,00	0,00	12/11/2012		
2	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36	0,00	0,00	0,00	10/12/2012		
3	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36	0,00	0,00	0,00	10/12/2012		
4	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36	0,00	0,00	0,00	10/12/2012		
5	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36	0,00	0,00	0,00	10/12/2012		
6	00	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61	0,00	0,00	0,00	10/12/2012		
7	00	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61	0,00	0,00	0,00	10/12/2012		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 09/12/2012	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 300,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/11/2012	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2012	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2012	53-Data local e Carimbo da Empresa 02/11/2012
--	--	--	--

Dr. Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228