



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/11 01/12/10	4-Data de Autorização 11/11/11/11	5-Senha ABERTO	6-Número da Guia Principal 408205	7-Data Validade da Senha 12/11/10 11/12/11
--------------------------	--	--------------------------------------	-------------------	--------------------------------------	---

408205
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 00020125101550601348801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome SUELI APARECIDA DE ANDRADE SANTOS	07/09/1967	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano SUELI APARECIDA DE ANDRADE SANTOS
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acreditação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	18-Numero no CRO 123228	19-UF SP	20-Código CRO S
--------------------------	---	----------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1111219182883	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	23-Numero no CRO 123228	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	27-Numero no CRO 123228	28-UF SP	29-Código CRO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	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	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	00	0,00		N	29/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 29/10/20	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\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/20
---	---	---	---

Magda Constantino
CRO - SP 123228

Magda Constantino
CRO - SP 123228