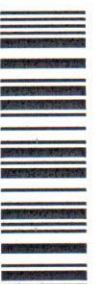


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

305080
INTERCÂMBIO

1. Registro ANS 406414	3. Data de Emissão da Guia 10/12/10 04/12/10	4. Data de Autorização 10/17/10 04/12/10	5. Sentença AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 7501667	7. Data Validade da Sentença 10/17/10 07/12/10
---------------------------	---	---	---------------------------	--	---

Dados do Beneficiário		9. Plano POS REDE PRESTADORA	10. Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11. Data Validade da Carteira a 11/11/11	12. Número do Cartão Nacional de Saúde
8. Número da Carteira 00020251055060664501		13. Nome SUELI CORREIA DE SOUZA SAMPAIO		15. Nome do titular do plano SUELI CORREIA DE SOUZA SAMPAIO	
21/07/1970		14. Telefone (11) 1261211530			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16. Atendimento a RN ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO		18. Número no CRO 123228	19. UF SP	20. Código CBO S 025 - Faturar Empresa
17. Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO		22. Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO		23. Número no CRO 123228	24. UF SP	25. Código CNES
21. Código na Operadora / CNPJ / CPF 1111219812883		27. Número no CRO 123228		28. UF SP		29. Código CBO S
26. Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO						

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado										37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut.	40. Data de Realização	41. Motivo da Glosa	42. Assinatura
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	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	16,10	0,00	1108/04/10						
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	1108/04/10						
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	1108/04/10						
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

43. Data Previsto Término do Tratamento 10/10/10	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 183,00	47. Total Valor 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 10/11/04/11/20	51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/04/11/20	52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/04/11/20	53. Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/04/11/20
--	--	--	--

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228