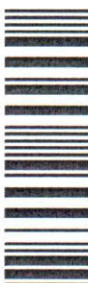


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



334713
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/07/20	4-Data de Autorização 10/09/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7684646	7-Data Validade da Senha 10/04/10/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002020510550601798201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome MARCOS CASTILHO ROMERA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARCOS CASTILHO ROMERA
-----------------------------------	------------------------------	---

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 1111219182883	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	06/07/20		
2-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/07/20		
3-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/07/20		
4-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/07/20		
5-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/07/20		
6-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/07/20		
7-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/07/20		
8-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/07/20		
9-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/07/20		
10-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/07/20		
11-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/07/20		
12-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/07/20		
13-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/07/20		
14-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/07/20		
15-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	14/07/20		

43-Data Previsto Término do Tratamento 14/07/20	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 178,00	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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 10/06/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/09/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/09/07/20
--	--	--	--

Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228