

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/10 4-Data de Autorização 10/06/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8011482 7-Data Validade da Senha 12/8/10 408600 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020251050601348801 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SUELI APARECIDA DE ANDRADE SANTOS 14-Teléfono 07/09/1967 15-Nome do titular do plano SUELI APARECIDA DE ANDRADE SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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 111121982883 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-Índice	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
1-00	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00		S	06/01/11		
2-00	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00		S	06/01/11		
3-00	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00		S	06/01/11		
4-00	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00		S	06/01/11		
5-00	851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	22 M	1	1	61,00	0,00		S	11/01/11		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/11 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 205,00 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 09/11/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/11 53-Data, local e Cartão da Empresa 09/11/10