

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/2012 4-Data de Autorização 10/06/2012 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8011488 7-Data Validade da Sentença 12/08/2012

408605 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202510506013488021 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 ARIEL VITOR DE ANDRADE BARBOSA 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do Titular do plano SUELI APARECIDA DE ANDRADE SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	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	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00			10/02/2012		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	61,00	0,00					
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	61,00	0,00					
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	61,00	0,00					
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/02/2012 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 255,00 47-Valor Total 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) 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 09/11/2012 51-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista 09/11/2012 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/2012 53-Data local e Carimbo da Empresa 09/11/2012

Alexandre Mesquita Constantino

Alexandre Mesquita Constantino

Alexandre Mesquita Constantino

Alexandre Mesquita Constantino