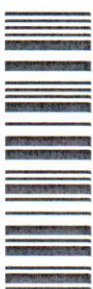


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4.º



408198
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/11 01/2/01	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha ABERTO	6-Número da Guia Principal 408198	7-Data Validade da Senha 12/7/10 11/2/11
--------------------------	--	-----------------------------------	-------------------	--------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10 00 210 251 055 060 134 880 21	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 05/06/2008	15-Nome do Titular do plano SUELI APARECIDA DE ANDRADE SANTOS
---	---------------------------	--

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 CRO S 025 -
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 CRO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Abola	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 4	Assinatura
1-008100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N	12/9/11 01/2/01		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/9/11 01/2/01	44-1-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-1-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-1-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-1-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 12/9/11 01/2/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 12/9/11 01/2/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/9/11 01/2/01	53-Data, local e Cambio da Empresa 12/9/11 01/2/01
--	--	--	---