



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



388063
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/2019	4-Data de Autorização 05/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 7926591	7-Data Validade da Guia 31/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 00202510550600139703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13- Nome

DENNIS LOPES OLIVEIRA MOURA	07/02/2001	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARCO ANTONIO OLIVEIRA MOURA
-----------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	18-Numero no CRO 123228	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
---	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE

1112198283	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	23-Numero no CRO 123228	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 82001286-38
------------	--	----------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante

ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	27-Numero 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/Rugão	34- Face	35- Ord	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franchquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1	00	8100030			1	34,00	0,00			10/11/2019		
2	00	82001286			1	36,10	0,00			10/11/2019		
3	00	820010875			1	73,00	0,00			10/11/2019		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 09/11/2019	44- Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1-1-Totál 2-Parcial	46- Total Quantidade US 1468,00	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Franchquia / 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 10/11/2019	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2019	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2019	53-Data local e Carimbo da Empresa 10/11/2019
--	--	--	--