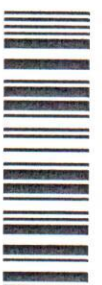


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24th



340104
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão ou Guia 16/10/2017 4-Data de Autorização 17/10/2017 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7709066 7-Data Validade da Serina 14/11/2017

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601798201 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/2017

13-Nome

MARCOS CASTILHO ROMERA 15-Nome do titular do plano MARCOS CASTILHO ROMERA 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aferimento 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

11121912883 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-DentistaRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	6 1,0 0	0,0 0	S	22/10/2017		
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	6 1,0 0	0,0 0	S	22/10/2017		
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6 1,0 0	0,0 0	S	22/10/2017		
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 Previsto Término do Tratamento 22/10/2017 44-Tipo de Aferimento 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 183,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Frância / 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(ram) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/10/2017 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2017 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2017 53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/10/2017

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228