



Transmitido para o CNPJ

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 Nº

300675  
INTERCAMBIO

|                                                                                        |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                               | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/12/03 | 4-Data de Autorização<br>11/03/03 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7478090 | 7-Data Validade da Senha<br>11/01/06 |
| 8-Número do Beneficiário<br>000202510550601785102                                      |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                         |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA                                                 |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11                                               |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                                                  |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 13-Nome<br>FRANCISCO BARBOSA DE SENA                                                   |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 14-Telefone<br>(11) 25161454                                                           |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 15-Nome do titular do plano<br>EDMILSON ARAUJO BARBOSA                                 |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                               |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO                  |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 18-Atendimento a RN<br>N                                                               |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 19-UF<br>SP                                                                            |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 20-Código CBO S<br>025                                                                 |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1223199897854                                   |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 22-Nome do Contratado Executante<br>LUCIANA FERRAZ DE ARRUDA MONTEIRO GOMES            |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 23-Número no CRO<br>74226                                                              |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 24-UF<br>SP                                                                            |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 25-Código CNES<br>7912854                                                              |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUCIANA FERRAZ DE ARRUDA MONTEIRO GOMES SARGENTO |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 27-Número no CRO<br>74226                                                              |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 28-UF<br>SP                                                                            |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 29-Código CBO S<br>09                                                                  |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 30-Data<br>11/01/03                                                                    |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 31-Código do Procedimento<br>100161000405                                              |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 32-Descrição<br>RADIOGRAFIA PANORÂMICA                                                 |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 33-Dente/Região<br>1                                                                   |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 34-Face<br>1                                                                           |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 35-Old<br>1                                                                            |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 36-Quantidade US<br>7800                                                               |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 37-Valor<br>0000                                                                       |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 38-Franquia/Co-participação R\$<br>0000                                                |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 39-Aut<br>S                                                                            |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 40-Data de Realização<br>11/01/03                                                      |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 41-Motivo da Guia 42-Assinatura                                                        |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>11/11/11                                     |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 44-Tipo de Atendimento<br>1-1                                                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 45-Tipo de Faturamento<br>1-1                                                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 46-Total Quantidade US<br>7800                                                         |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 47-Valor Total R\$<br>0000                                                             |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0000                                        |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 49-Observação                                                                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>11/03/03              |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/03/03                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/03/03                  |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/03/03                                        |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |

Dr. Alexandre Mesquita Constantino

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228