

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



335539
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2017	4-Data de Autorização 11/07/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7688556	7-Data Validade da Senha 10/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020125110550600934801	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
ALESSANDRA ROBERTA TAMOYO

30/09/1969

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano
ALESSANDRA ROBERTA TAMOYO

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 - Faturar Empresa
--------------------------	---	----------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1111211982883

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-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	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	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	11/05/2017			
2	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	11/05/2017			
3	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	11/05/2017			
4	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	11/05/2017			
5	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18 M	1	1	61,00	0,00	0,00	11/03/2018			
6	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38 V	1	1	61,00	0,00	0,00	11/03/2018			
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/08/2017	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 2166,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 10/07/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/07/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/07/2017
---	---	---	---

Alexandre Mesquita Constantino
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228