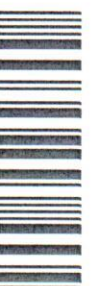




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/2012	4-Data de Autorização 1/1/1/1	5-Será ABERTO	6-Número da Guia Principal 453500	7-Data Validade da Seria 14/04/2012
--------------------------	---	----------------------------------	------------------	--------------------------------------	--

453500
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251100370000803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NUCLEO LOGISTICA DE	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-----------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome POLYANA VITOR	02/05/2001	14-Telefone () 210310158	15-Nome do titular do plano FABIANE VITOR
--------------------------	------------	------------------------------	--

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 CBO S 025 -
--------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11121982883	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-Dente/Rancho	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Greja	42-Assinatura
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/01/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Fim do Tratamento 14/01/2012												
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 34,00												
47-Valor Total R\$ 0,00												
48-Total Fratura / 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), (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 14/01/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/01/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/01/2012
---	---	---	--

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228