



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Dado de Emissão da Guia 13/01/10 4-Data de Autorização 10/06/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8011485 7-Data Validade da Senha 12/08/10 8-Data Validade da Carteira 12/08/10 9-Data Validade da Carteira 12/08/10 10-Data Validade da Carteira 12/08/10 11-Data Validade da Carteira 12/08/10 12-Data Validade da Carteira 12/08/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202510550601348803 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12/08/10 12-Data Validade da Carteira 12/08/10 13-Número do Cartão Nacional de Saúde 408601 INTERCÂMBIO

13-Nome SOFIA ARIELI DE ANDRADE BARBOSA 14-Telefone 22/04/2010 15-Nome do titular do plano SUELI APARECIDA DE ANDRADE SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 / CPE 22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 23-Número no CRO 123228 24-UF SP 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 27-Número no CRO 123228 28-UF SP 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Causa	42- Assinatura
1- 0	0	8 4 0 0 0 0 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	7 2 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2- 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP 1	8 8 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3- 1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
4- 1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
5- 1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
6- 1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
7- 1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
8- 1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
9- 1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
10- 1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
11- 1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
12- 1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
13- 1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
14- 1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										
15- 1	1	1 1 1 1 1 1 1 1										

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/21 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 1 6 0 0 0 0 47-Valor Total R\$ 10,00 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), fôroam 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 09/11/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/21 53-Data, local e Assinatura da Empresa 09/11/20

CNO - SP 123228 CNO - SP 123228 CNO - SP 123228 CNO - SP 123228