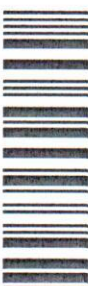




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/11/11/20	4-Data de Autorização 12/4/11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8082051	7-Data Validade da Guia 12/2/10/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

425878
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202530525252000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JOAO VITOR DE BARROS

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano LUIZA DE BARROS
--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO
--------------------------	---

18-Número no CRO 123228	19-UF SP
----------------------------	-------------

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111121982883	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	23-Número no CRO 123228	24-UF SP	25-Código CNES
---	--	----------------------------	-------------	----------------

Faturar Empresa

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-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00		S	23/11/20		Buiss
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00		S	30/11/20		Buiss
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00		S	30/11/20		Buiss
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00		S	30/11/20		Buiss
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00		S	30/11/20		Buiss
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 30/11/20	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 1174,00	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(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 Buiss de Barros	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/20
---	---	---	---

Alexandre Mesquita Constantino
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228