

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/12 4-Data de Autorização 10/11/12 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8103859 7-Data Validade da Senha 10/11/13 431069 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202530522000100102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOAO VITOR DE BARROS 29/03/2004 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LUIZA DE BARROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a R/N 17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 23-Número no CRO 123228 24-UF SP 25-Código CNES 025- Enviar - RX (I) 85100200 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/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Realização	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IM	1	8 8 1 0 0	0 0 0 0	1	14/12/20	14/12/20	14/12/20
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	14/12/20	14/12/20	14/12/20
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	14/12/20	14/12/20	14/12/20
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	14/12/20	14/12/20	14/12/20
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 14/12/20 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoodonto 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Tratamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 27100 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / 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), 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 14/12/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/12/20

Alexandre Mesquita Constantino

Alexandre Mesquita Constantino

Alexandre Mesquita Constantino

Cirurgião - Dentista

Cirurgião - Dentista

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228

CRO - SP 123228

CRO - SP 123228