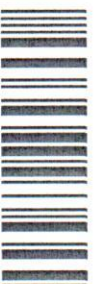


# GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N<sup>c</sup>

|                          |                                       |                                   |                        |                                       |                                       |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/01/21 | 4-Data de Autorização<br>11/01/21 | 5-Semeta<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8204219 | 7-Data Válidade da Semeta<br>11/04/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

### Dados do Beneficiário

|                              |                                                                                                                                        |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira         | 0 0 2 0 2 5 3 3 9 0 4 4 0 0 0 0 0 1 0 1                                                                                                |
| 9-Plano                      | POS REDE PRESTADORA                                                                                                                    |
| 10-Empresa                   | DENTAL UNI COOPERATIVA                                                                                                                 |
| 11-Data Validade da Carteira | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>/</div> <div></div> <div></div> <div>/</div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> |
| 12-Número do Cartão          |                                                                                                                                        |

|                                  |                                  |                                                      |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------|
| 13.Nome<br><b>MARCELO VALEJO</b> | 14.Telefone<br><b>29/08/1974</b> | 15.Nome do titular do plano<br><b>MARCELO VALEJO</b> |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------|

#### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                      |                                                                       |                            |             |                 |                               |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|-----------------|-------------------------------|
| 16-Atendimento a RH<br>N                                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO | 18-Número do CBO<br>123228 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa      |
| 21-Código na Operação : CNP./CPF<br>1111121191821813                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO    | 23-Número no CRO<br>123228 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNFES | Enviar - RX                   |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO |                                                                       | 27-Número no CRO<br>123228 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S | (I) 85100200<br>(II) 85100200 |

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

| 30 - Tabela | 31 - Código do Procedimento | 32 - Descrição  | 33 - Dente/Região       | 34 - Face | 35 - Out | 36 - Quantidade US | 37 - Valor | 38 - Franquia/Co-participação R\$ | 39 - Aut | 40 - Data de Realização | 41 - Motivo da Glosa | 42 - Assinatura |
|-------------|-----------------------------|-----------------|-------------------------|-----------|----------|--------------------|------------|-----------------------------------|----------|-------------------------|----------------------|-----------------|
| 1           | 0 0                         | 8 5 3 0 0 0 4 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD      | 1        | 3 6                | 0 0        | 0 0 0 0                           | S        | 19/01/21                |                      | [Assinatura]    |
| 2           | 0 0                         | 8 5 3 0 0 0 4 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE      | 1        | 3 6                | 0 0        | 0 0 0 0                           | S        | 19/01/21                |                      | [Assinatura]    |
| 3           | 0 0                         | 8 5 3 0 0 0 4 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE      | 1        | 3 6                | 0 0        | 0 0 0 0                           | S        | 19/01/21                |                      | [Assinatura]    |
| 4           | 0 0                         | 8 5 3 0 0 0 4 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID      | 1        | 3 6                | 0 0        | 0 0 0 0                           | S        | 19/01/21                |                      | [Assinatura]    |
| 5           | 0 0                         | 8 5 1 0 0 2 0 0 | RESTAURAÇÃO RESINA      | 16 OP     | 1        | 8 8                | 0 0        | 0 0 0 0                           | S        | 29/01/21                |                      | [Assinatura]    |
| 6           | 0 0                         | 8 5 1 0 0 2 0 0 | RESTAURAÇÃO RESINA      | 12 MP     | 1        | 8 8                | 0 0        | 0 0 0 0                           | S        | 25/01/21                |                      | [Assinatura]    |
| 7           | 0 0                         | 8 5 1 0 0 2 0 0 | RESTAURAÇÃO RESINA      | 21 MP     | 1        | 8 8                | 0 0        | 0 0 0 0                           | S        | 25/01/21                |                      | [Assinatura]    |
| 8           | 0 0                         | 8 5 1 0 0 1 9 6 | RESTAURAÇÃO RESINA      | 24 O      | 1        | 6 1                | 0 0        | 0 0 0 0                           | S        | 20/01/21                |                      | [Assinatura]    |
| 9           |                             |                 |                         |           |          |                    |            |                                   |          |                         |                      |                 |
| 10          |                             |                 |                         |           |          |                    |            |                                   |          |                         |                      |                 |
| 11          |                             |                 |                         |           |          |                    |            |                                   |          |                         |                      |                 |
| 12          |                             |                 |                         |           |          |                    |            |                                   |          |                         |                      |                 |
| 13          |                             |                 |                         |           |          |                    |            |                                   |          |                         |                      |                 |
| 14          |                             |                 |                         |           |          |                    |            |                                   |          |                         |                      |                 |
| 15          |                             |                 |                         |           |          |                    |            |                                   |          |                         |                      |                 |

43 - Data Prescrição Termino do Tratamento

44 - Tipo de Atendimento

45 - Tipo de Faturamento

46 - Total Quantidade US

47 - Valor Total R\$

48 - Total Franquia / Co-participação R\$

1 - Total 2 - Parcel

4 - Urgência/Emergência

1 - Total 2 - Parcel

4 - Urgência/Emergência

1 - Total 2 - Parcel

4 - Urgência/Emergência

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 no plano de tratamento. 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 previstos no plano de tratamento.

49-Observação

|                                                               |          |  |
|---------------------------------------------------------------|----------|--|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 18/02/21 |  |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista             | 18/02/21 |  |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)     | 19/02/21 |  |
| 53-Data, local e Campo da Empresa                             | 18/02/21 |  |

Estimado Mercurio Constantino

ACADEMIA Mexicana de Literatura

CRO - SP 123228

CKO - SP 123228

07707T JC - CIV