



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



343577
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/17	4-Data de Autorização 10/06/18	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7724743	7-Data Validade da Sentença 12/10/19
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00020252938040000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LISANGELA DE CARVALHO CORREA	28/08/1972	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LISANGELA DE CARVALHO CORREA	

16-Agendamento a RN ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO		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 - CNA / CPF 111121982883		22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO	23-Número no CRO 123228	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100218
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										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant.	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-F-Size	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant.	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura		
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	8,8	0,0	0,0	0,0	1	26/08/20	60x		
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	8,8	0,0	0,0	0,0	1	20/08/20	60x		
3-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MOD	1	12,2	0,0	0,0	0,0	1	31/08/20	60x		
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	6,1	0,0	0,0	0,0	1	02/09/20	60x		
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	L	1	6,1	0,0	0,0	0,0	1	02/09/20	60x		
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 12/10/18	44-Tipo de Agendamento 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 42,0	47-Valor Total R\$ 10,0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,0
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	--

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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/11/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2017
---	---	---	---

Alexandre Mesquita Constantino
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228