



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 18/10/21 4-Data de Autorização 18/10/21 5-Será PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 455429 7-Data Validade da Serção 18/10/21 8-Data Validade da Serção 18/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253904400000000000000000000 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 18/10/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 455429 INTERCAMBIO

13-Nome MARCELO VALEJO

29/08/1974

14-Telefone () -

15-Nome do titular do plano MARCELO VALEJO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

18-Número no CRO 123228

19-UF SP

20-Código CBO S

025-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11121982883

22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

23-Número no CRO 123228

24-UF SP

25-Código CNES

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			18/10/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/10/21

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 34,00

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 18/10/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/21

53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/10/21

Alexandre Mesquita Constantino

Alexandre Mesquita Constantino

Alexandre Mesquita Constantino

Cirurgião - Dentista

Cirurgião - Dentista

Cirurgião - Dentista

CNO - SP 123228

CNO - SP 123228

CNO - SP 123228