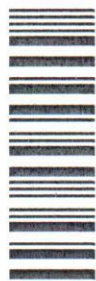




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



353144
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 8/12/0	4-Data de Autorização 11/1/0 8/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7770606	7-Data Validade da Senha 10/5/11 1/12/0
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202507366700246702	9-Idade POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome VERONICA NEVES CESARIO	14-Telefone () 0000000000	15-Nome do titular do plano ROGERIO VINTORIN
-----------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a SN N	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 no Operador / 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-Técnicas	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rio/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	61,00	0,00	0,00	S	19/08/20		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	I	1	61,00	0,00	0,00	S	19/08/20		
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	I	1	61,00	0,00	0,00	S	19/08/20		
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00	0,00	S	19/08/20		
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	0,00	S	19/08/20		
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	0,00	S	19/08/20		
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00	S	19/08/20		
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	I	1	61,00	0,00	0,00	S	19/08/20		
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	I	1	61,00	0,00	0,00	S	19/08/20		
10-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	I	1	61,00	0,00	0,00	S	19/08/20		
11-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00	0,00	S	19/08/20		
12-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00	0,00	S	19/08/20		
13-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	0,00	S	19/08/20		
14-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	19/08/20		
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 27/08/20	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 854,00	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(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
- Imagens analisadas.

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/20	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/20	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/20	53-Data local e Cartão da Empresa 11/10/20
--	--	--	---

[Assinatura]
Cirurgião - Dentista

[Assinatura]
Beneficiário - Dentista

[Assinatura]
Cirurgião - Dentista

[Assinatura]
Cirurgião - Dentista

CNO - SP 123228

CNO - SP 123228