



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/05 4-Data de Autorização 11/11/05 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11199304 7-Data Validade da Semeta 10/08/08 1443751 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100210255910100008902 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SINDICATO DOS GUARDAS CIVIS 11-Data Validade da Carteira 11/11/05 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA CLARA SAMPAIO BAZILIO 16/09/1999 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GEOVANE DOS SANTOS BAZILIO

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 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1121982883 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- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Monto da Clieca	42- Assinatura
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	11/12/05	11/12/05	11/12/05	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/05/12 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 e contrado. 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 11/11/05/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/05/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/05/12 53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/05/12

Cirurgião - Dentista

Cirurgião - Dentista

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228

CRO - SP 123228

CRO - SP 123228