

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



340101
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/10/2019 4-Data de Autorização 16/10/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7709044 7-Data Validade da Senha 14/10/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025305252000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome LUIZA DE BARROS 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano LUIZA DE BARROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11121982883 22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 27-Número no CRO 123228 28-UF SP 29-Código CBO S 23-Número no CRO 123228 24-UF SP 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1. Análise	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16	1	1	7,3,0,0	0,0,0,0	11	20/10/2019			
2-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17	1	1	7,3,0,0	0,0,0,0	11	20/10/2019			
3-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	7,3,0,0	0,0,0,0	11	20/10/2019			
4-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	7,3,0,0	0,0,0,0	11	20/10/2019			
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 16/10/2019 44-1-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-1-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 292,00 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(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 conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/2019 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2019 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2019 53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/2019

Dr. Alexandre Mesquita Constantino
Cirurgião - Dentista
CNO - SP 123228