



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2019 4-Data de Autorização 12/11/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7889913 7-Data Validade da Senha 12/01/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1000202529380400000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/11/2019 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 380029 INTERCÂMBIO 13-Nome LISANGELA DE CARVALHO CORREA 28/08/1972 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano LISANGELA DE CARVALHO CORREA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN 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 / CNPJ / CPF 11112198283 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/Régio	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
1-0	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	73,00	0,00			12/11/2019		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/2019 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 73,00 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-solicitante 12/11/2019 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2019 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/11/2019 53-Data, local e Campo da Empresa 12/11/2019

Dr. Alexandre Mesquita Constantino

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228

Dr. Alexandre Mesquita Constantino

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228

Dr. Alexandre Mesquita Constantino

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228