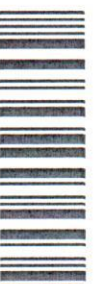


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/10/21 4-Data de Autorização 14/10/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8194812 7-Data Validade da Senha 14/10/21

453535
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 00202511003700000803 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa NUCLEO LOGISTICA DE 11-Data Validade da Carteira 11/11/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome POLYANA VITOR 14-Teléfono 02/05/2001 15-Nome do titular do plano FABIANE VITOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN 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 na Operadora / CNPJ / CPF 111121982883 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/Rengão	34-Fraco	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	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36	0,00	0,00	0,00	19/10/21	21		
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	0,00	0,00	0,00	19/10/21	21		
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	0,00	0,00	0,00	19/10/21	21		
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	36	0,00	0,00	0,00	19/10/21	21		
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 19/10/21 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 144,00 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(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 14/10/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 19/10/21 53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/21

Cirurgião - Dentista CRO - SP 123228

Cirurgião - Dentista CRO - SP 123228

Cirurgião - Dentista CRO - SP 123228