



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/3/11 01/20	4-Dia de Autorização 12/6/11 01/20	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7989026	7-Dia Validade da Sentença 12/1/10 11/21
--------------------------	---	---------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 002012527420000001021	9-Furo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	-------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RAFAEL CEZAR DE CARVALHO DIAS COSTA	14-Teléfono (11) 79659354	15-Nome do titular do plano ALESSANDRA CEZAR DE CARVALHO
--	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Arrendimento a RN N	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
18-Número no CRO 123228	19-UF SP
23-Número no CRO 123228	24-UF SP
25-Código CNES	25-Código CBO S
28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cód	36-Quantidade	37-Valor	38-Franquia/Co-participação	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	100%	S	26/10/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	100%	S	26/10/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	100%	S	26/10/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	100%	S	26/10/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 26/10/20	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 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/20	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/20	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/20	53-Dia, local e Cemitio da Empresa 26/10/20
--	--	--	--