



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/0911201	4-Data de Autorização 11/11/0911201	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7858737	7-Data Validade da Senha 10/09/11201
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012012510470611001013204	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SCHATTDECOR DO BRASIL IND E	11-Data Validade da Carteira 11/11/111111	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome GIOVANA CABRAL PACIENCIA	14-Telefone (11) 0101010101010101	15-Nome do titular do plano JOSE ANTONIO DOS ANJOS PACIENCIA
-------------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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 1111211982883111	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-Dentor/Região	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
1-0101810100301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,41,0101	0,01,0101			11/09/110911201		
2-010185310100471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,61,0101	0,01,0101			11/09/110911201		
3-010185310100471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,61,0101	0,01,0101			11/09/110911201		
4-010185310100471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,61,0101	0,01,0101			11/09/110911201		
5-010185310100471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,61,0101	0,01,0101			11/09/110911201		
6-0101851101011961		RESTAURAÇÃO RESINA	13	1	1	6,11,0101	0,01,0101			11/09/110911201		
7-0101851101011961		RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	6,11,0101	0,01,0101			11/09/110911201		
8-0101851101011961		RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	6,11,0101	0,01,0101			11/09/110911201		
9-0101851101011961		RESTAURAÇÃO RESINA	38	0	1	6,11,0101	0,01,0101			11/09/110911201		
10-0101851101011961		RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	6,11,0101	0,01,0101			11/09/110911201		
11-0101851101011961												
12-0101851101011961												
13-0101851101011961												
14-0101851101011961												
15-0101851101011961												

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/09/11201	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 483,0101	47-Valor Total R\$ 0,01,0101	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) 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 11/09/11201	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/11201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/11201	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/09/11201
--	--	--	--

Dr. Alexandre Mesquita Constantino

Dr. Alexandre Mesquita Constantino

Dr. Alexandre Mesquita Constantino

Cirurgião - Dentista

Cirurgião - Dentista

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228

CRO - SP 123228

CRO - SP 123228