



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/2016 4-Data de Autorização 12/03/2016 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7645191 7-Data Validade da Sentença 11/07/2019

326704
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025073667002467021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VERONICA NEVES CESARIO 12/05/1976 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ROGERIO VINTORIN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 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/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-	00	853010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	11	36,00	10,00	11	11	11/06/20	11	
2-	00	853010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	11	36,00	10,00	11	11	11/06/20	11	
3-	00	853010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	11	36,00	10,00	11	11	11/06/20	11	
4-	00	853010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	11	36,00	10,00	11	11	11/06/20	11	
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/06/20 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 1144,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 no 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 11/06/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/06/20