



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
06/04/21

4-Data de Autorização
06/04/21

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8455067

7-Data Validade da Senha
05/07/21

516284
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020253680040000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MATHEUS SOARES DE OLIVEIRA

07/07/1994

14-Telefone
(11) 99361-8075

15-Nome do titular do plano
MATHEUS SOARES DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
MELISSA YONEKURA

18-Número no CRO
60893

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
15755042861

22-Nome do Contratado Executante
MELISSA YONEKURA

23-Número no CRO
60893

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
MELISSA YONEKURA

27-Número no CRO
60893

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			15/04/21		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			15/04/21		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			15/04/21		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			15/04/21		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento
15/04/21

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
144,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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
15/04/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/04/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
15/04/21

53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/04/21

Dra. Melissa Yonekura
Cirurgiã Dentista
CROSP 60893