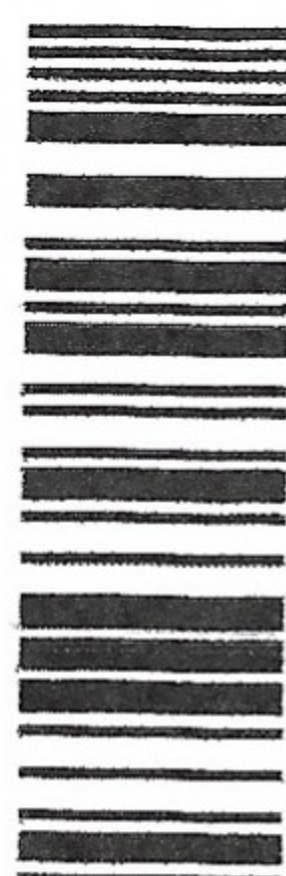




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 00/04/05	4-Data de Autorização 00/04/05	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8552373	7-Data Validade da Senha 00/02/08
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

542030
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020253721750000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 00/01/05	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
TAISSA MOURA DE SOUZA

27/09/2004

15-Nome do titular do plano
FERNANDA MARQUES DE MOURA SILVA

16-Data de Realização
025 -
Faturar Empresa

17-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MELISSA YONEKURA	18-Número no CRO 60893	19-UF SP	20-Código CBO S
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	

30-Tabella	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 Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00			05/10/05		Fufaurc
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00			05/10/05		Fufaurc
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 00/05/05	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 122,00	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 00/01/05	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 00/05/05	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 00/05/05	53-Data, local e Carimbo da Empresa 00/05/05
---	---	---	---

Dr. Melissa Yonekura
Cirurgiã Dentista
CROSP 60893