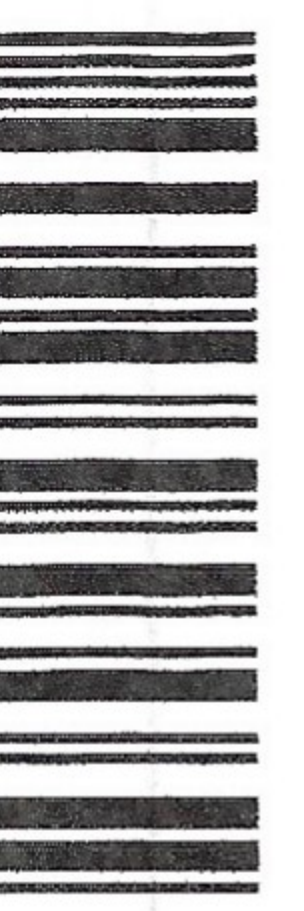




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/05/21	4-Data de Autorização 11/11/05/21	5-Serha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8577077	7-Data Validade da Serha 09/10/08/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 002025372117500000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/05/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAISSA MOURA DE SOUZA	27/09/2004	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FERNANDA MARQUES DE MOURA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MELISSA YONEKURA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15755042861	22-Nome do Contratado Executante MELISSA YONEKURA
26-Nome do Profissional Executante MELISSA YONEKURA	27-Número no CRO 60893
18-Número no CRO 60893	19-UF SP
23-Número no CRO 60893	24-UF SP
25-Código CNES	20-Código CBO S
28-UF SP	29-Código CBO S
025 - Faturar Empresa	

30-Tabela	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
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00			13/05/21		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	61,00	0,00			13/05/21		
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00			13/05/21		
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/05/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	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 11/11/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/05/21
--	--	---	---

Dr. Melissa MORAES
Cirurgiã Dentista
CROSP 608062