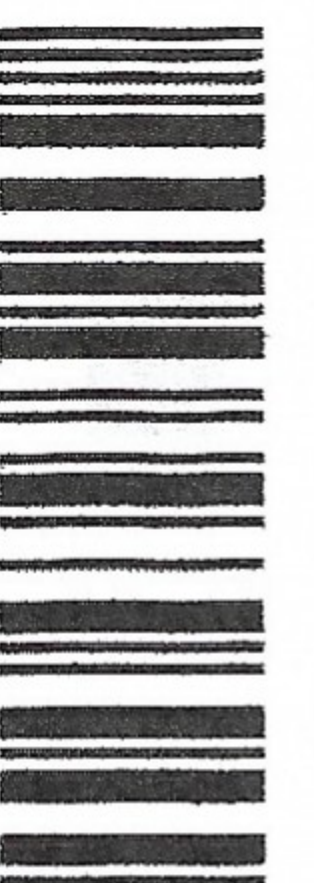




Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/2015 4-Data de Autorização 10/04/2015 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8552432 7-Data Validade da Senha 10/21/08/21

542042
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02/5372117500000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FERNANDA MARQUES DE MOURA SILVA 15/04/1981 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FERNANDA MARQUES DE MOURA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MELISSA YONEKURA 18-Número no CRO 60893 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115755042861 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-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
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00			10/05/21		Fudevenc
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/05/21 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 61,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 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 10/05/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/21 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/21

Dr. Melissa Fudevenc
Cirurgião Dentista
CROSP 60893