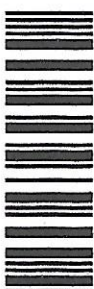


life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2015	4-Data de Autorização 27/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 9952665	7-Data Validade da Senha 25/10/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

998663

8-Número de Carteira 00202548012300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MICHELLE MENDES MELLO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MICHELLE MENDES MELLO
----------------------------------	----------------------	--

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante DJAMARA RIOS SANTOS		18-Número no CRO 84656	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 046327488650		22-Nome do Contratado Executante DJAMARA RIOS SANTOS	23-Número no CRO 84656	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante DJAMARA RIOS SANTOS		26-Número no CRO 84656	27-UF SP	28-Código CBO S

Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraca	35-Cid	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		0,00		5/27/05/2015		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												
17-												
18-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Estima Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Fractal	46-Total Quantidade US 34,00	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) 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 27/10/2015 / 27/10/2015 / <i>Diamara Rios Santos</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/2015 / 27/10/2015 / <i>Diamara Rios Santos</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2015 / 27/10/2015 / <i>Michele Mendes Mello</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/2015 / 27/10/2015 / <i>Dª Diamara Rios Santos</i>
---	---	--	--

CRO-SP - 84656