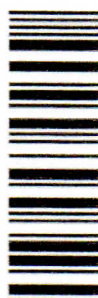


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 2 2 / 0 4 / 2 1 4-Data de Autorização 2 3 / 0 4 / 2 1 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8506483 7-Data Validade da Senha 2 1 / 0 7 / 2 1

8-Número da Carteira 0 0 / 2 0 2 5 / 3 6 / 9 2 4 4 0 0 0 0 1 0 1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira / / / 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROGER WILLIAN DA CRUZ GALDINO 20/05/1991 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano ROGER WILLIAN DA CRUZ GALDINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante CROP - CENTRO DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA PRUDENTINO 18-Número no CRO SP 19-Código CBO S 09 20-Código CNES 25-Código CBO S 26-Valor 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 1 / 5 7 2 7 / 1 6 8 6 0 22-Nome do Contratado Executante CLAUDEMIR VILHEGAS JUNIOR 23-Número no CRO 70738 24-UF SP 25-Código CBO S 26-Valor 70738 27-Número no CRO 70738 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Planos	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	0 0	3 4 5										
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsto Término do Tratamento / 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 3 8 1 0 0 47-Valor Totál R\$ 0 0 0 48-Totál 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 no 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 23/05/2021 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/05/2021 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/05/2021 53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/05/2021