



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 01/12/10 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Semina ABERTO 6-Número da Guia Principal 393120 7-Data Validade da Semina 10/06/11 01/12/11

393120 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120125247746001024003 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa KRONA TUBOS E CONEXÕES DO 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LARA VITORIA DA NASCIMENTO 14-Teléfono 02/05/2014 15-Nome do Titular do plano EDER GOMES DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JEFERSON FERNANDO MARTINS 18-Número no CRO 3297 19-UF AL 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 192340261872 22-Nome do Contratado Executante JEFERSON FERNANDO MARTINS 23-Número no CRO 3297 24-UF AL 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JEFERSON FERNANDO MARTINS 27-Número no CRO 3297 28-UF AL 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição | 33- Data Recibo          | 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        | 0                          | 81000057      | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE | 74       | 1       | 34,00             | 0,00      | 0,00                             | N       | 08/10/2020             |                     |                |
| 2-         |                            |               |                          |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 3-         |                            |               |                          |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 4-         |                            |               |                          |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 5-         |                            |               |                          |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 6-         |                            |               |                          |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 7-         |                            |               |                          |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 8-         |                            |               |                          |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 9-         |                            |               |                          |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 10-        |                            |               |                          |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 11-        |                            |               |                          |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 12-        |                            |               |                          |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 13-        |                            |               |                          |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 14-        |                            |               |                          |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 15-        |                            |               |                          |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |

43-Data Previsão Término do Tratamento 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 34,00 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.

48-Observação

foi feito em consultório do OBE no endereço 74

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data local e Carimbo da Empresa

CRO-AL 3297

De NASCIMENTO