



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

2255858  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414  
 3-Data de Emissão de Guia 12/05/2013  
 4-Data de Autorização 12/05/2013  
 5-Serinha AUTORIZADO  
 6-Número de Guia Principal 13685231  
 7-Data Validade de Sanha 23/06/2015

8-Número da Carteira 020202510251174300011902  
 9-Plano POS REDE PRESTADORA  
 10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA  
 11-Data Validade da Carteira  
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GISLAINE CRISTINA DA SILVA  
 14-Telefone 13041972  
 15-Nome do titular do plano RICARDO MONTEIRO

16-Atendimento a RN N  
 17-Nome do Profissional Solicitante KPC CLINICA ODONTOLÓGICA EIRELI  
 18-Número no CRO 121219  
 19-UF SP  
 20-Código CBO S 06  
 21-Código na Operadora / CNEP / CPF 130064755001110  
 22-Nome do Contratado Executante KPC CLINICA ODONTOLÓGICA EIRELI  
 23-Número no CRO 121219  
 24-UF SP  
 25-Código CNES 2877171  
 26-Nome do Profissional Executante KARINA PRADO CACIANO  
 27-Número no CRO 121219  
 28-UF SP  
 29-Código CBO S

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

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	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	34,00	0,00	0,00	S	23/06/2015		<i>[Assinatura]</i>
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-Valor Total R\$ 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), foram realizados 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 Solicitante Prádo Cacicano  
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Karina Prado Cacicano  
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Ricardo Monteiro  
 53-Data, local e Carimbo de Empresa CROSP 121219