



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/2/2015/12/4		4-Data de Autorização 03/06/12/4		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 12520060		7-Data Validade da Senha 20/08/12/4		1893655 INTERCÂMBIO							
Dados do Beneficiário																			
8-Número da Carteira 00202524417100108703				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa KRONA TUBOS E CONECCOES SA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome BIANCA DA SILVA												14-Telefone () -				15-Nome do titular do plano ELIEZER PEREIRA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												025 - Faturar Empresa							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NICOLI MARCELINO DELALLO				18-Número no CRO 20523		19-UF SC		20-Código CBO S									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 32873203000189				22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA				23-Número no CRO 20523		24-UF SC		25-Código CNES 2925699							
26-Nome do Profissional Executante NICOLI MARCELINO DELALLO								27-Número no CRO 20523		28-UF SC		29-Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												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-Old		36-Quantidade US		37-Valor					
1-00181000030				CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		34		00		00		S103/06/124			
2-00185300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		14		40		00		00		S103/06/124			
3-																			
4-																			
5-																			
6-																			
7-																			
8-																			
9-																			
10-																			
11-																			
12-																			
13-																			
14-																			
15-																			
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$									
/ /		1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		1178100		0000		0000									
Declaro, que após ter sido devidamente esdarecido 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), folharam 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																			

Dr. Nicoli M. Delallo
Cirurgião Dentista
CR-DFSC 20.523

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solícitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Eq-Dojo Judo e Jiu-Jitsu de Emmeo