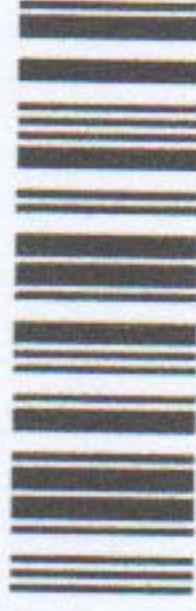


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/11/08 11:22		4-Data de Autorização 13/11/08 11:22		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10316514		7-Data Validade da Senha 12/9/11 11:22		1126417 INTERCÂMBIO																																																																																			
Dados do Beneficiário				8-Número da Carteira 00202524417100122501				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa KRONA TUBOS E CONECCOES SA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional da Saúde																																																																															
13-Nome WELLINTON ROBERT THEILACKER				14-Teléfono () - - - - -				15-Nome do titular do plano WELLINTON ROBERT THEILACKER																																																																																							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE FERREIRA DE CASTRO				18-Número no CRO 20369				19-UF SC																																																																															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 132873203000189				22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA				23-Número no CRO 20369				24-UF SC				25-Código CNES 2925699																																																																															
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO				27-Número no CRO 20369				28-UF SC				29-Código CBO S				30-Código CBO S																																																																															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																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																																																											
1-0001810000301																CONSULTA ODONTOLÓGICA		HASD		1		1		3400		0,00		S		31/10/08 11:22																																																																	
2-0001853000471																RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		1		3600		0,00		S		31/10/08 11:22																																																																	
3-0001853000471																RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		1		3600		0,00		S		31/10/08 11:22																																																																	
4-0001853000471																RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		1		3600		0,00		S		31/10/08 11:22																																																																	
5-0001853000471																RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																																																																															
6-0001853000471																																																																																															
7-0001853000471																																																																																															
8-0001853000471																																																																																															
9-0001853000471																																																																																															
10-0001853000471																																																																																															
11-0001853000471																																																																																															
12-0001853000471																																																																																															
13-0001853000471																																																																																															
14-0001853000471																																																																																															
15-0001853000471																																																																																															
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11																44-Tipo de Atendimento 1-1-Tipo 2-Parcial																45-Tipo de Faturamento 1-1-Tipo 2-Parcial																46-Total Quantidade US 178,00																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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folioforam 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
13/11/08 11:22 Felipe Ferreira de Castro
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/11/08 11:22 Felipe Ferreira de Castro
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/11/08 11:22

53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/08 11:22

Dr. Felipe Ferreira
CRO-SC 20.369