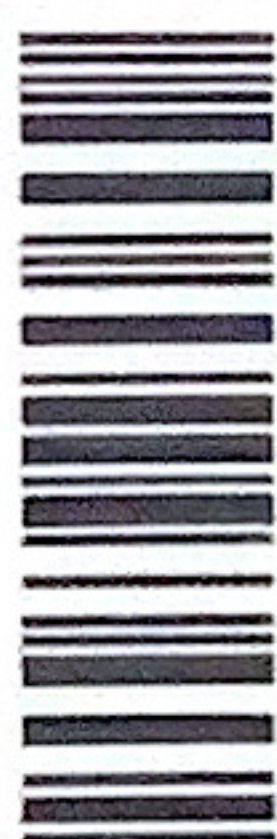


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



1-Registro ANS
406414

3-Dado de Emissão da Guia
12/9/10 11/21

4-Dado de Autorização
10/4/10 12/11

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8250438

7-Dado Validade da Guia
12/9/10 11/21

465700
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202524774600001301

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
KRONA TUBOS E CONEXÕES DO

11-Dado Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ALEXANDRE HONORATO MARIANO

19/10/1984

15-Nome do titular no plano
ALEXANDRE HONORATO MARIANO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
THAYSLANE SILVA GUEDES

18-Número no CRO
4687

19-UF
AL

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante
THAYSLANE SILVA GUEDES

23-Número no CRO
4687

24-UF
AL

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante

THAYSLANE SILVA GUEDES

27-Número no CRO
4687

28-UF
AL

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-7-Abeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faces	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Volunt	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dado de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		0,00		12/9/10 11/21	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Dados Finais: Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Oclusão 4 Urgência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento											
1 Total 2 Parcial											
46-Total Quantidade US											
34,00											
47-Volunt 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 o 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.

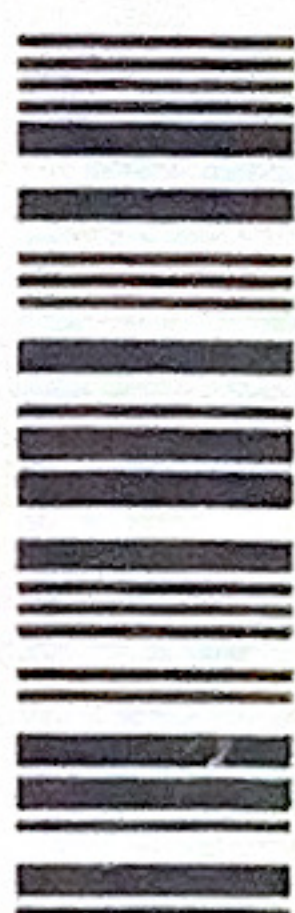
49-Observações

50-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
08/10/2010 11/21

51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
08/10/2010 11/21

52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/10/2010 11/21

53-Dado local e Carimbo da Empresa



1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10	4-Data de Autorização 13/0/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8239321	7-Data Validade da Senha 12/7/10	463102 INTERCÂMBIO
--------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 0020253484230000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome WILANE TEIXEIRA DE ARAUJO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WILANE TEIXEIRA DE ARAUJO
--------------------------------------	----------------------	--

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante THAYSLANE SILVA GUEDES	18-Número no CRO 4687	19-UF AL	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11541525450	22-Nome do Contratado Executante THAYSLANE SILVA GUEDES	23-Número no CRO 4687	24-UF AL	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante THAYSLANE SILVA GUEDES	27-Número no CRO 4687	28-UF AL	29-Código CBO S		

30-Índice	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 Glória	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			10/12/11		<i>Thayslane</i>
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			10/12/11		<i>Thayslane</i>
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24 OD	1	1	88,00	0,00			10/12/11		<i>Thayslane</i>
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 160,00	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), 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/12 11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 01/11/12 11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2011 Thayslane Teixeira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	--	---