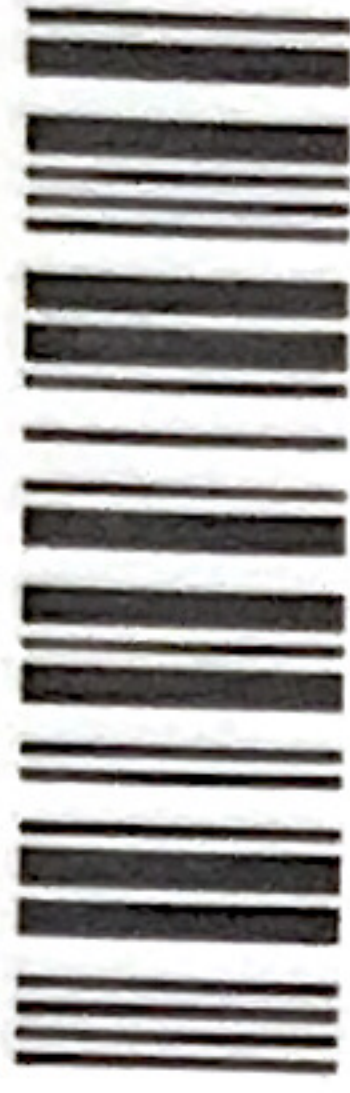


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 3 / 0 8 / 1 2 / 5	4-Data de Autorização 1 3 / 0 8 / 1 2 / 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14234593	7-Data Validade da Senha 1 2 / 1 0 / 1 2 / 5
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 2 2 1 9 9 1 0 0 0 2 1 0 1			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LUNELLI CONFECÇÕES LTDA	11-Data Validade da Carteira / / / / /
13-Nome EDSON GIOVANI DA COSTA			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
15-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JONATHAN HAISI MANDALHO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 3 0 8 1 9 7 0 1 0 0 0 1 1 1 8					
22-Nome do Contratado Executante ORTOKIST CLINICA ODONTOLOGICA LTDA					
26-Nome do Profissional Executante JONATHAN HAISI MANDALHO					
29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
24-UF SC					
25-Código CNES 9727272					
28-UF SC					
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					
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\$					

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/10/2015

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/10/2015

Dr. Jonathan Mandalho
Periodontista
CRO/SC 7790

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/10/2015

53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/10/2015

Ortokist Clínica
Odontológica Eireli
CNPJ 30.819.701-0001-18
Telefone: (47) 3372-3755