

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 17/07/2014		5-Sinthe AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 12726769		7-Data Validade da Sinthe 15/10/2014		1955860 INTERCÂMBIO	
Dele do Beneficiário				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa KRONA TUBOS E CONECCOES SA			
8-Número da Carteira 002025244171001745021				11-Data Validade da Carteira				12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ARTHUR NIEHUES TKAC				14-Telefone () - - - - -				15-Nome do titular do plano ELLEN NIEHUES TKAC			
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante NICOLI MARCELINO DELALLO				20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1328713203000189				22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA				25-Código CNES 2925699			
26-Nome do Profissional Executante NICOLI MARCELINO DELALLO				27-Número no CRO 20523				29-Código CBO S			
Rótulo de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dental/Região		34-Face		35-Qtd	
1-00181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA				36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$	
2-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO								41-Motivo da Class 42-Assinatura	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto 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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/07/2014	12/07/2014	12/07/2014	12/07/2014

Dr. Nicoli M. Delallo
 Cirurgião Dentista
 CRO/SC: 20.523