



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/04/12/51	4-Data de Autorização 12/9/10/4/12/51	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13755290	7-Data Validade da Senha 10/9/10/7/12/51
--------------------------	---	--	-----------------------	--	---

2276376
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10102025244171001087011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA TUBOS E CONECCOES SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELIEZER PEREIRA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ELIEZER PEREIRA		

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 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1312873203000189		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	

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 Classe	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	29/04/12	25	Eliezer
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	61,00	0,00		S	29/04/12	25	Eliezer
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00		S	29/04/12	25	Eliezer
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 Provisão Término do Tratamento 29/04/12	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	--------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/04/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/04/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/04/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/04/12	54-Data, local e Assinatura 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.
---	---	---	---	---