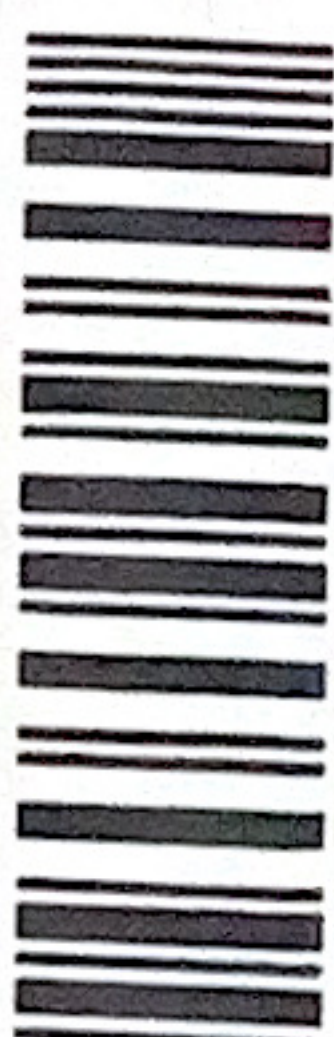




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/2013	4-Data de Autorização 10/03/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8348125	7-Data Validade da Senha 31/05/2011	489093 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 100202524774600050101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA TUBOS E CONEXÕES DO	11-Data Validade da Carteira 11/12/1987	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome EVERTON RODRIGO FAUSTINO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EVERTON RODRIGO FAUSTINO
-------------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KELIANY CAVALCANTE SAMBRANA	18-Número no CRO 3325	19-UF AL	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06683383421	22-Nome do Contratado Executante KELIANY CAVALCANTE SAMBRANA	23-Número no CRO 3325	24-UF AL	25-Código CNES 025 -
--	---	--------------------------	-------------	-------------------------

26-Nome do Profissional Executante KELIANY CAVALCANTE SAMBRANA	27-Número no CRO 3325	28-UF AL	29-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218
---	--------------------------	-------------	--------------------------	--

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
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	11/03/2011		
2	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00		S	07/04/2011		
3	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00		S	07/04/2011		
4	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00		S	07/04/2011		
5	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00		S	07/04/2011		
6	00	RESTAURAÇÃO RESINA	D	1	1	61,00	0,00		S	07/04/2011		
7	00	RESTAURAÇÃO RESINA	OMP	1	1	22,00	0,00		S	11/03/2011		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 1/1/1/1	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 361,00	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.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/03/2011	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/2011	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/2011	53-Data local e Carimbo da Empresa 07/04/2011
--	--	--	--