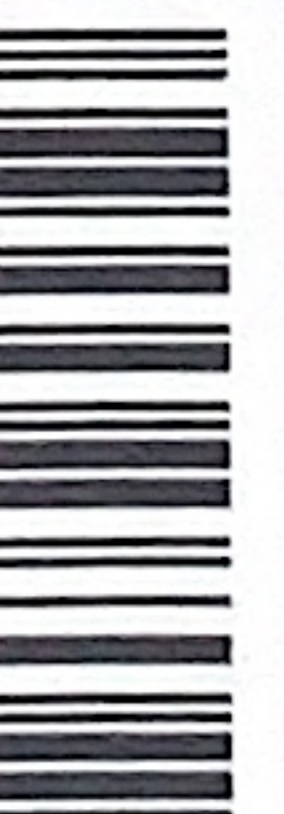


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/08 4-Data de Autorização 12/31/08 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 12859484 7-Data Validade da Senha 11/8/11 1996423 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020250460933000694011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUICAO ADVENTISTA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome YURI DE OLIVEIRA CAVALHEIRO

20/03/1999

14-Telefone

15-Nome do Titular do plano YURI DE OLIVEIRA CAVALHEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA KUHN

18-Número no CRO 16277

19-UF RS

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 182807728049

22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA KUHN

23-Número no CRO 16277

24-UF RS

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA KUHN

27-Número no CRO 16277

28-UF RS

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-0	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		0,00		5/23/08/24		Yuri
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

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 34,00

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 12/31/08/24

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/31/08/24

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/31/08/24

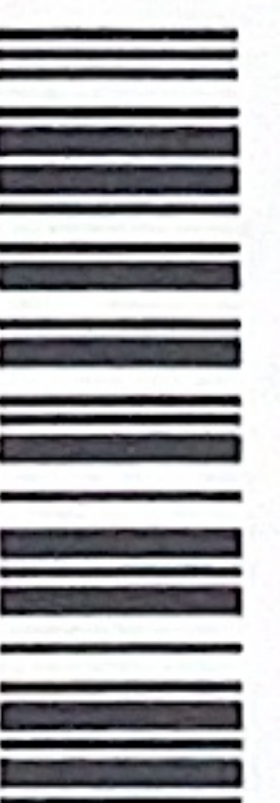
53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Ana Paula Kuhn
Cirurgiã-Dentista
CRO 16277/RS

Dra. Ana Paula Kuhn
Cirurgiã-Dentista
CRO 16277/RS

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
22/10/81/24

4-Data de Autorização
26/10/81/24

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
12870220

7-Data Validade da Seria
20/11/11/24

1999683
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002025460933000244011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUICAO ADVENTISTA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANDERSON ANSELMO RAMAO

27/08/1990

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ANDERSON ANSELMO RAMAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA PAULA KUHN

18-Número no CRO
16277

19-UF
RS

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
82807728049

22-Nome do Contratado Executante
ANA PAULA KUHN

23-Número no CRO
16277

24-UF
RS

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ANA PAULA KUHN

27-Número no CRO
16277

28-UF
RS

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Cisão	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			5/27/08/24		
2												
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\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	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
21/11/08/24 Ana Paula Kuhn

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/11/08/24 Ana Paula Kuhn

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
27/08/24 Anderson

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Ana Paula Kuhn
Cirurgiã-Dentista
CRO 16277/RS

Dra. Ana Paula Kuhn
Cirurgiã-Dentista
CRO 16277/RS