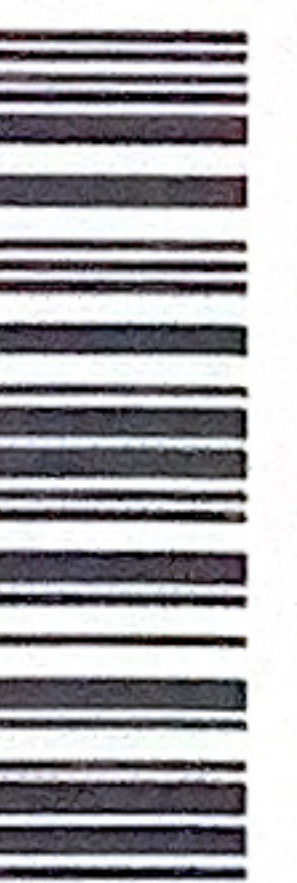




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2AP



468425
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/10	4-Data de Autorização 10/04/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8261953	7-Data Validação da Guia 10/04/10
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Endereço KRONA TUBOS E CONEXÕES DO	10-Telefone ()	11-Data Validação da Carteira 10/04/10	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
--------------------------------	---	--------------------	---	---

13-Nome ANDRESSA ROCHA DA SILVA	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano JOSE SERGIO ROCHA
------------------------------------	--------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THAYSLANE SILVA GUEDES	18-Número no CRO 4687	19-UF AL	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111541152545011	22-Nome do Contratado Exercente THAYSLANE SILVA GUEDES	23-Número no CRO 4687	24-UF AL	25-Código CNES Faturar Empresa
--	---	--------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Exercente THAYSLANE SILVA GUEDES	27-Número no CRO 4687	28-UF AL	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

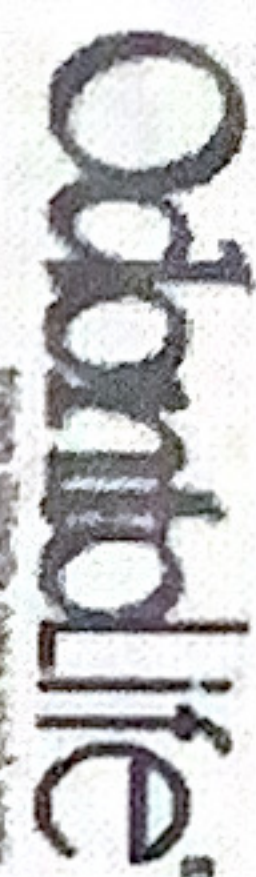
30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	00	84000198			1	35,00	0,00		S	03/02/21		Andressa
2	00	84000198			1	35,00	0,00		S	03/02/21		Andressa
3	00	84000198			1	35,00	0,00		S	03/02/21		Andressa
4	00	84000198			1	35,00	0,00		S	03/02/21		Andressa
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Final: Término do Tratamento 10/03/10	44-Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Oclusão 4 - Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial	46-Total Quantitativo US 140,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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.

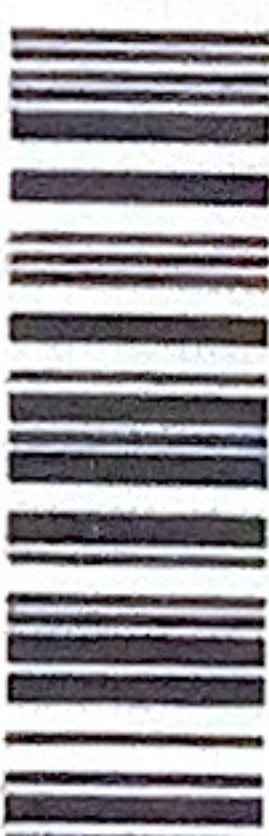
49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/10/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/10/04/Andressa	53-Data, local e Assinatura da Empresa 03/02/2021
---------------	--	---	---	--

Thayslane Silva Guedes
Cirurgião-Dentista
CRO-AL 4687



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.46



1-Registro ANS	406414	3-Data de Emissão da Guia	10/11/02	2-Data de Autorização	12/12/02	5-Ser-tia	AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal	8255755	7-Data Validação de Bônus	10/12/05	466960	INTERCÂMBIO
----------------	--------	---------------------------	----------	-----------------------	----------	-----------	------------	----------------------------	---------	---------------------------	----------	--------	-------------

8-Número da Carteira	000202524774600015801	9-Plano	POS REDE PRESTADORA	10-Empresa	KRONA TUBOS E CONEXÕES DO	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome	JOSE ALEXANDRE FERREIRA	11/06/1981	14-Telefone	()	15-Nome do Titular do plano	JOSE ALEXANDRE FERREIRA	

16-Atendimento e RN	THAYSLANE SILVA GUEDES	17-Nome do Profissional Solicitante	THAYSLANE SILVA GUEDES	18-Número no CRO	4687	19-UF	AL	20-Código CBO S	025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	11541525450	22-Nome do Contratado Executante	THAYSLANE SILVA GUEDES	23-Número no CRO	4687	24-UF	AL	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante	THAYSLANE SILVA GUEDES	27-Número no CRO	4687	28-UF	AL	29-Código CBO S				

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Método da Glor	42-Atividade
1	00	82000859	18	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	00	85300047	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

43-Data Prescrição Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Total Quantidades US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
12/11/02	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	1-Totál 2-Parcial	217,00	0,00	0,00
50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data local e Carimbo da Empresa		
12/11/02	12/12/02				