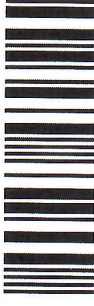


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/6/10 8/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7821648		7-Data Validade da Senha 12/4/11 1/12/10		364041 INTERCÂMBIO													
Dados do Beneficiário																							
8-Número de Carteira 000202520399400020103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PERKONS S A		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
13-Nome YURI TORINI MATTOS										15-Nome do titular do plano WILLIAM DA CRUZ MATTOS													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		18-Número no CRO 26161		19-UF RS		20-Código CBO S 025 -															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 181457615137091		22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		23-Número no CRO 26161		24-UF RS		25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200															
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		27-Número no CRO 26161		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-Otd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Moivo da Glosa 42-Assinatura	
1-0008100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1						3400											
2-0008400090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR				1						7200											
3-00085100200		RESTAURAÇÃO RESINA				75		DO				8800											
4-1																							
5-1																							
6-1																							
7-1																							
8-1																							
9-1																							
10-1																							
11-1																							
12-1																							
13-1																							
14-1																							
15-1																							
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 19400		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 no 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