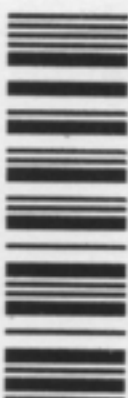


Odontolife

Konilla

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



889696
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/04/2012

4-Data de Autorização
12/04/2012

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9624477

7-Data Validade da Seria
12/05/2012

8-Número do Beneficiário

00202510550600741101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CRISTIANE SANTOS QUEIROZ

17/01/1982

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
CRISTIANE SANTOS QUEIROZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
IRAMARA FELIX PIRES

18-Número no CRO
72296

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante
IRAMARA FELIX PIRES

23-Número no CRO
72296

24-UF
SP

25-Código CNEC

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218

26-Nome do Profissional Executante
IRAMARA FELIX PIRES

27-Número no CRO
72296

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dental/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OMD	1	122,00	0,00	S	11/11/11		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00	S	03/03/12		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	M	1	61,00	0,00	S	03/03/12		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

FOTO INIC / FINAL
OU
RX INIC / FINAL

43-Data de Término do Tratamento
09/03/12

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
244,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme forma apresentada, 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), foram realizados 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

Dra. Iramara Felix Pires

Cirurgiã Dentista

Dra. Iramara Felix Pires

Sócio e Assinatura do Operador-Dentista Solicitante-SP 72296

51-Data local e Assinatura do Operador-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Cartão da Empresa

CRO-SP 72296