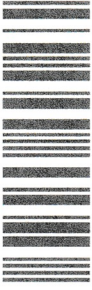




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



2560487
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 11/2/5	4-Data de Autorização 12/7/11 11/2/5	5-Será Autorizado	6-Número da Guia Principal 14665389	7-Data Validade da Seria 12/6/10 11/2/6
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102020251223029000132011	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GIASSI CIA LTDA COMBO 01	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MATEUS ESTEVAM MACHADO	14-Telefone 10/10/1999	15-Nome do titular do plano MATEUS ESTEVAM MACHADO	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LEIDYS RODRIGUEZ PERDOMO	18-Número no CRO 21784
21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 156110319541000184	22-Nome do Contratado Executante LEIDYS RODRIGUEZ PERDOMO LTDA	23-Número no CRO 21784	24-UF SC	25-Código CNES 4851005	26-Nome do Profissional Executante LEIDYS RODRIGUEZ PERDOMO
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1001810000065	31-Código do Procedimento 1001840000198	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA PROFILAXIA: POLIMENTO	33-Dente/Região 11340014000	34-Face 11	35-Old 11
36-Quantidade US 11340014000	37-Valor 11340014000	38-Franquia/Co-participação R\$ 11340014000	39-Aut 11340014000	40-Data de Realização 11340014000	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 11340014000

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Otorrinolaringologia 4 Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 1174100	47-Valor Total R\$ 1174100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1174100
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 10/12/11 12/12/15	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Responsável 10/12/11 12/12/15	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/11 12/12/15	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/12/11 12/12/15
--	--	--	--

Dra. Leidy Rodriguez Perdomo
Cirurgiã -Dentista
CRO-21784