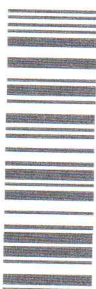




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2014	4-Data de Autorização 12/11/2014	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8485724	7-Data Validade da Semeta 14/11/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

524101
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0102025016150600003901	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DSR SOLUCOES E INTELIGENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDERSON SANTOS MENDES	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano ANDERSON SANTOS MENDES		

16-Atendimento a RNI N	17-Nome do Profissional Solicitante ISOS INSTITUTO DE SAUDE ORAL DO SIA	18-Número no CRO 11498	19-UF DF	20-Código CBO S 01	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 184646977168	22-Nome do Contratado Executante CASSIA DEL PILLAR QUEIROZ DE CAMPOS	23-Número no CRO 11498	24-UF DF	25-Código ONES DF	26-Nome do Profissional Executante CASSIA DEL PILLAR QUEIROZ DE CAMPOS	27-Número no CRO 11498	28-UF DF	29-Código CBO S	30-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 Gloriosa	42- Assinatura
1-0	01	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	10,0	0,0	0	10/04/2014		
2-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0	10/04/2014		
3-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0	10/04/2014		
4-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0	10/04/2014		
5-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0	10/04/2014		
6-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0	10/04/2014		
7-0	01		1	1	1							
8-0	01		1	1	1							
9-0	01		1	1	1							
10-0	01		1	1	1							
11-0	01		1	1	1							
12-0	01		1	1	1							
13-0	01		1	1	1							
14-0	01		1	1	1							
15-0	01		1	1	1							

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/10/2014	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	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 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 a assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2014	51-Data, local e a assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2014	52-Data, local e a assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2014	53-Data, local e a assinatura da Empresa 12/10/2014
---	---	---	--

Cirurgião-Dentista
CRO-DF 2.7408