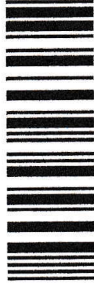


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

524725
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2014	4-Data de Autorização 11/05/2014	5-Semha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8488248	7-Data Validade da Senha 11/07/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202025311740000032704	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PSD EDUCACAO SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------	--	---------------------------------------

Dados do Contratado

13-Nome LEANDRO RICADO GOMES DE MATOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANDREIA TABOSA DE MATOS
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	18-Número no CRQ 16305	19-UF BA	20-Código GBO S	225 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

Dados do Contratado

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 106161194117523	22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRQ 16305	24-UF BA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	27-Número no CRQ 16305	28-UF BA	29-Código GBO S	

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 Closs 42-Assinatura
1-0	0181100000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00		15/02/11	
2-0	01840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00		15/02/11	
3-0	01840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00		15/02/11	
4-0	01840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00		15/02/11	
5-0	01840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00		15/02/11	
6-0	01851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00	0,00		15/02/11	
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 235,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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), ocorreram realizado(s), conforme 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 11/05/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/05/2014 SSA
---	---	---	---