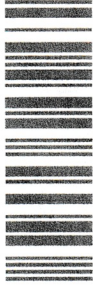




# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2559887  
INTERCÂMBIO

2-Nº

1-Registro ANS 406414  
 3-Data de Emissão da Guia 12/07/11  
 4-Data de Autorização 12/08/11  
 5-Sintha AUTORIZADO  
 6-Número da Guia Principal 14663240  
 7-Data Validade da Sintha 12/16/10

Dados do Beneficiário  
 8-Número da Carteira 101020251141418910105016011  
 10-Empresa DEXCO SA  
 11-Data Validade da Carteira  
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde  
 13-Nome ANDREY REUS DA SILVA  
 14-Telefone  
 15-Nome do Titular do plano ANDREY REUS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento  
 16-Atendimento a RN N  
 17-Nome do Profissional Solicitante LEIDYS RODRIGUEZ PERDOMO  
 18-Número no CRO 21784  
 19-UF SC  
 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa  
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1561039540001184  
 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  
 27-Número no CRO 21784  
 28-UF SC  
 29-Código CBO 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 Gosta
1-	0018400198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14000		0000		10/12/11	25
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento  
 44-Tipo de Atendimento  
 45-Tipo de Faturamento  
 46-Total Quantidade US  
 47-Valor Total R\$  
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos 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  
 10/21/11  
 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
 10/21/12  
 52-Data, local e Carimbo da Empresa  
 10/21/12  
 53-Data, local e Carimbo da Empresa  
 10/21/12  
 54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
 10/21/12  
 55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
 10/21/12