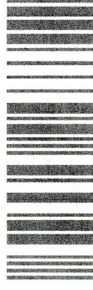




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



2559773
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 11/12/5	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14662898	7-Data Validade da Sentia 12/6/10 11/12/6					
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 010202151141189101005016011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DEXCO SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome ANDREY REUS DA SILVA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ANDREY REUS DA SILVA	16-Atendimento a RN N	17-Data Validade da Guia 12/6/10 11/12/6					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
18-Atendimento a RN N	19-UF SC	20-Código CBO S 21784	21-Data Validade da Guia 12/6/10 11/12/6	22-Data Validade da Guia 12/6/10 11/12/6					
23-Código da Operadora / ONPJ / CPF 15161013954101001184	24-UF SC	25-Código CNES 4851005	26-Data Validade da Guia 12/6/10 11/12/6	27-Data Validade da Guia 12/6/10 11/12/6					
28-Data Validade da Guia 12/6/10 11/12/6	29-Data Validade da Guia 12/6/10 11/12/6	30-Data Validade da Guia 12/6/10 11/12/6	31-Data Validade da Guia 12/6/10 11/12/6	32-Data Validade da Guia 12/6/10 11/12/6					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
33-Tabela 1-001810000065	34-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	35-Face 1	36-Quantidade US 3400	37-Valor 0,00					
38-Tabela 2-1	39-Descrição 1	40-Face 1	41-Quantidade US 1	42-Valor 1,00					
43-Tabela 3-1	44-Descrição 1	45-Face 1	46-Quantidade US 1	47-Valor 1,00					
48-Tabela 4-1	49-Descrição 1	50-Face 1	51-Quantidade US 1	52-Valor 1,00					
53-Tabela 5-1	54-Descrição 1	55-Face 1	56-Quantidade US 1	57-Valor 1,00					
58-Tabela 6-1	59-Descrição 1	60-Face 1	61-Quantidade US 1	62-Valor 1,00					
63-Tabela 7-1	64-Descrição 1	65-Face 1	66-Quantidade US 1	67-Valor 1,00					
68-Tabela 8-1	69-Descrição 1	70-Face 1	71-Quantidade US 1	72-Valor 1,00					
69-Tabela 9-1	73-Descrição 1	74-Face 1	75-Quantidade US 1	76-Valor 1,00					
70-Tabela 10-1	77-Descrição 1	78-Face 1	79-Quantidade US 1	80-Valor 1,00					
71-Tabela 11-1	81-Descrição 1	82-Face 1	83-Quantidade US 1	84-Valor 1,00					
72-Tabela 12-1	85-Descrição 1	86-Face 1	87-Quantidade US 1	88-Valor 1,00					
73-Tabela 13-1	89-Descrição 1	90-Face 1	91-Quantidade US 1	92-Valor 1,00					
74-Tabela 14-1	93-Descrição 1	94-Face 1	95-Quantidade US 1	96-Valor 1,00					
75-Tabela 15-1	97-Descrição 1	98-Face 1	99-Quantidade US 1	100-Valor 1,00					
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11					44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$ 34,00	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), 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
Ato 40570: PROCEDIMENTO INSERIDO ERRADO.
Ato 40570: PROCEDIMENTO INSERIDO ERRADO.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/2011
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/12/11 12/12/5
52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/11 12/12/5
53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/12/11 12/12/5