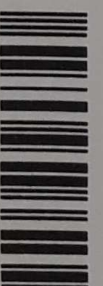


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



2236109
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406614	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2015	4-Data de Autorização 12/01/2015	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 1362115	7-Data Validade da Serinha 10/01/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 1010121511051060110115131011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/01/2015	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WILLIAM VIANA AMARO	08/03/1980	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano WILLIAM VIANA AMARO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO SILVA JARDIM
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 1014751121141010115101	22-Nome do Contratado Executante ODONTO SITE LTDA
26-Nome do Profissional Executante ROBERTO SILVA JARDIM	27-Número no CRO 42353
28-UF SP	29-Código CBO S
18-Número no CRO 42353	19-UF SP
23-Número no CRO 42353	24-UF SP
25-Código CNES 3889742	25-Código CBO S
Faturar Empresa	

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 Guisa	42-Assinatura
1-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	4,40	0,00			10/03/2015		
2-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			10/03/2015		
3-00000000000												
4-00000000000												
5-00000000000												
6-00000000000												
7-00000000000												
8-00000000000												
9-00000000000												
10-00000000000												
11-00000000000												
12-00000000000												
13-00000000000												
14-00000000000												
15-00000000000												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Contratado Solicitante 10/03/2015	51-Dia, local e Assinatura do Contratado Dentista 10/03/2015	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2015	53-Dia, local e Assinatura do Emprego 10/03/2015
--	---	--	---