



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão do Guia 11/04/2019 3-Data de Autorização 17/06/2019 4-Senha AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 8692458 6-Data Validade da Guia 12/09/2019 7-Data Validade da Guia 12/09/2019 8-582603 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010202151106915001016011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa EXPRESSOCARD ADM DE CARTOES 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA 14/12/1995 15-Nome do titular do plano MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA

16-Atendimento a RN 17-Tipologia do Profissional Solicitante CIROM 18-Número no CRO 1322 19-UF AL 20-Código CBO S 09 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 1678343374911 22-Nome do Contratado Encarregado DAISY COSTA MIRANDA QUAGLIATTO 23-Número no CRO 1322 24-UF AL 25-Código CIES Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000421-RPSE (I) 81000375-RPE

26-Nome do Profissional Encarregado DAISY COSTA MIRANDA QUAGLIATTO 27-Número no CRO 1322 28-UF AL 29-Código CBO S 30-Franchising/Co-participação R\$ 31-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Clonagem 42-Assinatura

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franchising/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Clonagem	42- Assinatura
1-010	811000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00					
2-010	811000421	RX PERIAPICAL	RCSD	1	1	14,00	0,00					
3-010	811000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00					
4-010	811000421	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00					
5-010	811000421	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00					
6-010	811000421	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00					
7-010	811000421	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00					
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/07/2019 44-Tipo de Atendimento 2 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1 1- Total 2- Parcial 46-Total Quantidades US 918,00 47-Valor Total R\$ 10268,67 48-Total Frequência / Co-participação R\$ 10001,69

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 condições estabelecidas, bem como os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, a profissional contratado que emitir o(s) documento(s) referente(s) ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operadora RADIOLOGIA DENTODONTOLÓGICA 50-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado DAISY COSTA MIRANDA QUAGLIATTO 51-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA 53-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA 54-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA

55-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA 56-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA 57-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA 58-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA

59-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA 60-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA 61-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA 62-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA

63-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA 64-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA 65-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA 66-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado MARIA HELOISA RODRIGUES DA SILVA