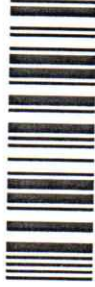


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



309934
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2015	4-Data de Autorização 04/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7539166	7-Data Validade da Guia 02/10/2018
8-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025296313000000101					
13-Nome MISLENE HELENA DA SILVA					
14-Data Validade da Carteira 30/10/1978					
15-Nome do titular do plano MISLENE HELENA DA SILVA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07150243703					
22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA					
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1	000810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		04/10/2015	a r
2	000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		04/10/2015	a r
3	000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		04/10/2015	a r
4	000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		04/10/2015	a r
5	000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		04/10/2015	a r
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\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1178,00	10,00	
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) de tratamento 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 04/10/2015 Dr. Rodrigo Carvalho da Silva CRO-RJ 27455					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/2015 Mislene Helena da Silva CRO-RJ 27455					
53-Data, local e Assinatura da Empresa					