



1-Região ANE 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/2013 4-Data de Autorização 11/11/2013 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11887612 7-Data Validade da Serinha 11/12/2014 8-1685667 INTERCÂMBIO

9-Número da Carteira 00202538023600032202 10-Pos REDE PRESTADORA 11-Empresa RADIANTE ENG DE 12-Telefone 13-Data Validade da Carteira 14-Número do Cartão Nacional de Saúde 15-Nome do titular do plano WANDERLEY RODRIGUES DA COSTA

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOCLINICA CANDANGA 18-Número no CRO 9002 19-UF DF 20-Código CBO S 04 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115483780000145 22-Nome da Contrata Executante CLINICA ODONTOLÓGICA CANDANGOLANDIA LTDA 23-Número no CRO 9002 24-UF DF 25-Código CNES 4294513 26-Nome do Profissional Executante RONAN RABELO TAVARES DA CAMARA 27-Número no CRO 9002 28-UF DF 29-Código CBO S

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Rengão 34-Face 35-OR 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Nome da Guia 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rengão	34-Face	35-OR	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Nome da Guia	42-Assinatura
1-0	018100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	11/11/2013	11/11/2013	Ribeiro	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Duia Previsto Termino 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 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os objetivos, 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2013 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2013 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/11/2013 53-Data, local e Contribuinte da Empresa 11/11/2013 CNPJ: 15.483.780/0001-15

ODONTOCLINICA CANDANGA LTDA