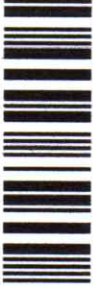




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

364231
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2018	4-Data de Autorização 12/06/2018	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186829	7-Data Validade da Sineta 12/04/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000379994062523160	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa R C R MOLAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709806019107494
--	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome IZABELE CYRILLO COSTA

15-Nome do titular do plano
JOSE COSTA VARJAO SOBRINHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA	18-Número no CRO 41376	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

JULIANA COSTA DA SILVA

26-Nome do Profissional Executante

JULIANA COSTA DA SILVA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Class 42-Assinatura
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				13/08/2018	
2-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00				13/08/2018	
3-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00				13/08/2018	
4-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00				13/08/2018	
5-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00				13/08/2018	
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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 174,00	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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/08/2018 Juliana C. de Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/2018 Juliana C. de Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/2018 Izabela Costa	53-Data, local e Carimbo de Empresa 13/08/2018	54-Data, local e Carimbo de Empresa 13/08/2018	55-Data, local e Carimbo de Empresa 13/08/2018
---	---	---	---	---	---

Dra. Juliana Costa
Cirurgião-Dentista
CRO: 41376