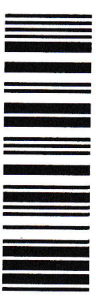




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 18/12/11	4-Data de Autorização 11/3/10 18/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8935782	7-Data Validade da Senha 11/1/11 11/2/11	659373 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 10102025243177000200011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TRANSMARGOO TURISMO E	11-Data Validade da Carteira 11/1/11 11/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome LINDOMAR OLIVEIRA RODRIGUES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LINDOMAR OLIVEIRA RODRIGUES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA	18-Número no CRO 38540	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 105758019720	22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA	23-Número no CRO 38540	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000421-RPIE
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA	27-Número no CRO 38540	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-10	10	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0	0	0	16/08/21	ACR	
2-10	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0	0	0	16/08/21	ACR	
3-10	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0	0	0	16/08/21	ACR	
4-10	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0	0	0	16/08/21	ACR	
5-10	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0	0	0	16/08/21	ACR	
6-10	10	EXODONTIA A RETALHO	35	1	1	17,30	0	0	0	19/08/21	ACR	
7-10	10	RX PERIAPICAL	RPIE	1	1	14,00	0	0	0	19/08/21	ACR	
8-1	1											
9-1	1											
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/1/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 265,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) 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, 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 11/1/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 11/1/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/21	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/1/11
--	---	---	---

Leandro Garcia de Souza
Dr. Leonardo Garcia de Souza
Dr. Leonardo Garcia de Souza
Dr. Leonardo Garcia de Souza