



309453

|                                                                   |                                                   |                                     |                                         |                                                                         |                                                            |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1-Registro INB<br>405414                                          | 2-Cidade de Emissão da Guia<br>(2)9(1)0(4)(1)2(0) | 3-Data de Análise<br>( )/( )/( )    | 4-Série<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO        | 5-Número da Guia Principal<br>309453                                    | 6-Cota-valor da Guia<br>(2)8(1)0(7)(1)2(0)                 |
| 7-Endereço do Beneficiário<br>(0)0(3)7(9)9(8)4(0)6(3)7(4)9(1)5(4) |                                                   | 8-Endereço<br>POS REDE PRESTADORA   | 9-Empresa<br>INSTITUTO DOR DE G         | 10-Data validade da Guia<br>( )/( )/( )                                 | 11-Telefone do Centro Nacional de Saúde<br>700309911814337 |
| 12-Nome<br>JANAINA GONCALVES DA SILVA                             |                                                   | 13-Data de Nascimento<br>25/04/1973 | 14-Profissão<br>( )/( )/( )/( )/( )/( ) | 15-Assinatura do titular ou representante<br>JANAINA GONCALVES DA SILVA |                                                            |

|                                                                      |                                                                      |                             |                 |                 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|
| 16-Identificação e RG<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Responsável<br>BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS | 18-Registro no CRO<br>35861 | 19-UF<br>RJ     | 20-Código CRO-E |
| 21-Código da Operadora / ODP / OPI<br>(1)0(6)5(4)1(7)9(7)7(8)        | 22-Nome do Contratado, Exatidão<br>BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS     | 23-Registro no CRO<br>35861 | 24-UF<br>RJ     | 25-Código CRO-E |
| 26-Nome do Profissional Responsável<br>BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS | 27-Registro no CRO<br>35861                                          | 28-UF<br>RJ                 | 29-Código CRO-E |                 |

| 30-Data                | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Densidade | 34-Fase | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Resposta | 41-Situação da Guia | 42-Resposta |
|------------------------|---------------------------|------------------------|--------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|---------------------|---------------------|-------------|
| 1-0(0)8(1)0(0)0(0)4(9) |                           | CONSULTA ODONTOLÓGICA  |              |         | 1      | 3,40(0)          | 0,00(0)  |                                 | N      | 25/04/2019          |                     |             |
| 2-0(0)8(5)3(0)0(0)6(3) |                           | TRATAMENTO DE ABSCESSO | 17           |         | 1      | 8,00(0)          | 0,00(0)  |                                 | N      | 25/04/2019          |                     |             |
| 3-                     |                           |                        |              |         |        |                  |          |                                 |        |                     |                     |             |
| 4-                     |                           |                        |              |         |        |                  |          |                                 |        |                     |                     |             |
| 5-                     |                           |                        |              |         |        |                  |          |                                 |        |                     |                     |             |
| 6-                     |                           |                        |              |         |        |                  |          |                                 |        |                     |                     |             |
| 7-                     |                           |                        |              |         |        |                  |          |                                 |        |                     |                     |             |
| 8-                     |                           |                        |              |         |        |                  |          |                                 |        |                     |                     |             |
| 9-                     |                           |                        |              |         |        |                  |          |                                 |        |                     |                     |             |
| 10-                    |                           |                        |              |         |        |                  |          |                                 |        |                     |                     |             |
| 11-                    |                           |                        |              |         |        |                  |          |                                 |        |                     |                     |             |
| 12-                    |                           |                        |              |         |        |                  |          |                                 |        |                     |                     |             |
| 13-                    |                           |                        |              |         |        |                  |          |                                 |        |                     |                     |             |
| 14-                    |                           |                        |              |         |        |                  |          |                                 |        |                     |                     |             |
| 15-                    |                           |                        |              |         |        |                  |          |                                 |        |                     |                     |             |

|                                          |                                                                                                         |                                           |                                      |                                   |                                                       |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 43-Data Fim do Tratamento<br>( )/( )/( ) | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Pagamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Taxa Quantidade US<br>(4)2(0)0(0) | 47-Valor Total R\$<br>(1)0(0)0(0) | 48-Taxa Franquia / Co-participação R\$<br>( )/( )/( ) |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|

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 no contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

|                                                                                         |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 49-Assinatura                                                                           | 50-Data, local e Carimbo de Emissão<br>Rio de Janeiro - RJ |
| 51-Cópia para o Assessor de Beneficiário / Responsável<br>Bruno Tadeu de Aguiar Martins | 52-Data, local e Carimbo de Emissão<br>Rio de Janeiro - RJ |