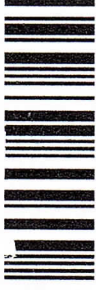


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

333692
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 3 / 0 7 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174211	7-Data Validade da Senha 0 1 / 1 0 / 1 2
--------------------------	--	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 1 6 6 2 6 2 3 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DIAMOND RIO COMERC	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Contrato Nacional de Saúde 702000329972384
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome NEILA NADIEGE CAMPOS CUNHA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NEILA NADIEGE CAMPOS CUNHA
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO	18-Número no CRO 37194	19-UF RJ	20-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 6 2 9 0 2 6 7 1 9	22-Nome do Contratado Execlante BERNARDO CAMPOS MACHADO	23-Número no CRO 37194	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Execlante BERNARDO CAMPOS MACHADO	27-Número no CRO 37194	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 Glisa 42-Assinatura
1-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	19 0 0 0 0	0 0 0 0			08/07/20	
2-0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	35	DO	1	1 1 3 0 0	0 0 0 0			08/07/20	
3- / / / / / / / / / /											
4- / / / / / / / / / /											
5- / / / / / / / / / /											
6- / / / / / / / / / /											
7- / / / / / / / / / /											
8- / / / / / / / / / /											
9- / / / / / / / / / /											
10- / / / / / / / / / /											
11- / / / / / / / / / /											
12- / / / / / / / / / /											
13- / / / / / / / / / /											
14- / / / / / / / / / /											
15- / / / / / / / / / /											

43-Data Previsão 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 2 0 3 0 0	47-Valor Total R\$	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(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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/20	53-Data, local e Cálculo da Empresa / /
--	---	---	--