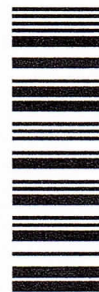


**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2º Nº



**322240**  
**INTERCAMBIO**

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2016	4-Data de Autorização 10/09/2016	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50165594	7-Data Validade da Guia 10/07/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--	---------------------------------------

**Dados do Beneficiário**

8-Número da Carteira 1003710000016626241	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DIAMOND RIO COMERC	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702201152708510
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome  
RENATO JORGE DA SILVA CUNHA

30/04/1959

14-Telefone  
( ) -

15-Nome do titular do plano  
NELIA 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 801 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11629026719	22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	23-Número no CRO 37194	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante  
BERNARDO CAMPOS MACHADO

27-Número no CRO 37194	28-UF RJ	29-Código CBO S
---------------------------	-------------	-----------------

**Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados**

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-00082000859		EXODONTIA DE RAIZ	34	1	15000	0,00				10/06/2016		
2-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	47,00	0,00				10/06/2016		
3-00000000000												
4-00000000000												
5-00000000000												
6-00000000000												
7-00000000000												
8-00000000000												
9-00000000000												
10-00000000000												
11-00000000000												
12-00000000000												
13-00000000000												
14-00000000000												
15-00000000000												

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 197,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--