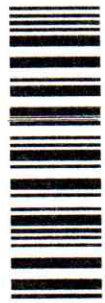




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



|                          |                                               |                                           |                       |                                        |                                               |
|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/2/08 18/12/08 | 4-Data de Autorização<br>11/2/08 18/12/08 | 5-Série<br>AUTORIZADO | 6-Numero da Guia Principal<br>50183588 | 7-Data Validade da Série<br>11/01/11 11/12/10 |
|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|

355917  
INTERCAMBIO

|                                                   |                               |                                  |                                                   |                                                            |
|---------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 8-Numero da Carteira<br>1010377919194059187612179 | 9-Plan<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>GRAFICA EDITORA RA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 11/11/11 | 12-Numero da Carteira Nacional de Saúde<br>700003544768900 |
|---------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

|                                       |                                           |                                                          |
|---------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>LARYSSA MACHADO FIGUEIREDO | 15-Data de Validade da Guia<br>15/06/1998 | 16-Nome do titular da Guia<br>LARYSSA MACHADO FIGUEIREDO |
|---------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                                                         |                                                                   |                          |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                         |                                                                   |                          |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ | 18-UF<br>RJ                                                       | 19-Código CBO S<br>804 - |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1010910182117771713              | 22-Nome do Contratado Externo<br>VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ | 24-UF<br>RJ              |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>VERONICA BARBOSA DE AZEVEDO CRUZ  | 27-Numero no CRO<br>21231                                         | 28-UF<br>RJ              |
| 29-Numero no CRO<br>21231                                               | 30-Código CBO S<br>21231                                          | 31-Código CBO S<br>21231 |

| 32-Descrição          | 33-Data Realiz.       | 34-Estado | 35-Cidade | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Atividade | 40-Data e Realizado | 41-Moeda da Caixa | 42-Assinatura |
|-----------------------|-----------------------|-----------|-----------|------------------|----------|---------------------------------|--------------|---------------------|-------------------|---------------|
| 1-0101810101013101    | CONSULTA ODONTOLÓGICA |           |           | 147,10           | 10,10    |                                 |              | 12/08/20            |                   |               |
| 2-101018401010119181  | PROFILAXIA: POLIMENTO |           |           | 12,10            | 10,10    |                                 |              | 12/08/20            |                   |               |
| 3-101018401010119181  | PROFILAXIA: POLIMENTO |           |           | 12,10            | 10,10    |                                 |              | 12/08/20            |                   |               |
| 4-101018401010119181  | PROFILAXIA: POLIMENTO |           |           | 12,10            | 10,10    |                                 |              | 12/08/20            |                   |               |
| 5-101018401010119181  | PROFILAXIA: POLIMENTO |           |           | 12,10            | 10,10    |                                 |              | 12/08/20            |                   |               |
| 6-101018401010119181  | PROFILAXIA: POLIMENTO |           |           | 12,10            | 10,10    |                                 |              | 12/08/20            |                   |               |
| 7-101018401010119181  | PROFILAXIA: POLIMENTO |           |           | 12,10            | 10,10    |                                 |              | 12/08/20            |                   |               |
| 8-101018401010119181  | PROFILAXIA: POLIMENTO |           |           | 12,10            | 10,10    |                                 |              | 12/08/20            |                   |               |
| 9-101018401010119181  | PROFILAXIA: POLIMENTO |           |           | 12,10            | 10,10    |                                 |              | 12/08/20            |                   |               |
| 10-101018401010119181 | PROFILAXIA: POLIMENTO |           |           | 12,10            | 10,10    |                                 |              | 12/08/20            |                   |               |
| 11-101018401010119181 | PROFILAXIA: POLIMENTO |           |           | 12,10            | 10,10    |                                 |              | 12/08/20            |                   |               |
| 12-101018401010119181 | PROFILAXIA: POLIMENTO |           |           | 12,10            | 10,10    |                                 |              | 12/08/20            |                   |               |
| 13-101018401010119181 | PROFILAXIA: POLIMENTO |           |           | 12,10            | 10,10    |                                 |              | 12/08/20            |                   |               |
| 14-101018401010119181 | PROFILAXIA: POLIMENTO |           |           | 12,10            | 10,10    |                                 |              | 12/08/20            |                   |               |
| 15-101018401010119181 | PROFILAXIA: POLIMENTO |           |           | 12,10            | 10,10    |                                 |              | 12/08/20            |                   |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |                                                                    |                                                   |                                                                   |                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>11/11/11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Total 2-Parcial                  | 45-Tipo de Tratamento<br>1-Total 2-Parcial                         | 46-Valor Total R\$<br>1915,10                     | 47-Valor Total R\$<br>1915,10                                     | 48-Valor Total R\$<br>1915,10                                     |
| 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, Hora e Assinatura de Entrega da Guia - Dentista Solicitante<br>12/08/20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 51-Data, Hora e Assinatura do Contratado Externo<br>12/08/20 | 52-Data, Hora e Assinatura do Profissional Responsável<br>12/08/20 | 53-Data, Hora e Assinatura da Empresa<br>12/08/20 | 54-Data, Hora e Assinatura do Profissional Contratado<br>12/08/20 | 55-Data, Hora e Assinatura do Profissional Contratado<br>12/08/20 |