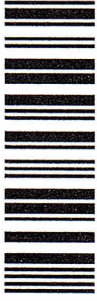


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2016	4-Data de Autorização 09/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50165593	7-Data Validade da Senha 07/09/2017	322239 INTERCAMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--	-----------------------

8-Data de Beneficiário 00370000016626241		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DIAMOND RIO COMERC		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702201152708510	
13-Nome RENATO JORGE DA SILVA CUNHA		30/04/1959		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano NEILA NADIEGE CAMPOS CUNHA			

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 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		801 - Faturar Empresa	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabela	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 Glosa 42-Assinatura
1-	001810100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	47,00	0,00	0,00	22/06/2017	20	
2-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	1	1	38,00	0,00	0,00	22/06/2017	20	
3-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	1	1	38,00	0,00	0,00	22/06/2017	20	
4-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	1	1	38,00	0,00	0,00	22/06/2017	20	
5-	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	1	1	38,00	0,00	0,00	22/06/2017	20	
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 19,00	47-Valor Total R\$ 19,00	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 22/06/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/06/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/06/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---