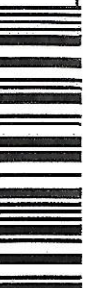


## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/03/2012 4-Data de Autorização 11/10/13 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7448097 7-Data Validade da Sentença 10/11/16

8-Número da Carteira 1010201215107367101048811011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde INTERCÂMBIO

295390

13-Nome OTAVIO CARVALHO DUARTE 14-Teléfono (1214) 997781710811 15-Nome do titular do plano OTAVIO CARVALHO DUARTE

16-Data do Contrato / Responsável pelo Tratamento

17-Atendimento a RN RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 18-Número no CRO 16213 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8191612198127115111 22-Nome do Contratado Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 23-Número no CRO 16213 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 27-Número no CRO 16213 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Régio | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Mofo da Gloriosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------|---------------|
| 1-1010    | 1810000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                | 1       | 1      | 34,00            | 10,00    |                                 |        | 10/03/20              |                     |               |
| 2-1010    | 1853000047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD           | 1       | 1      | 36,00            | 10,00    |                                 |        | 11/03/20              |                     |               |
| 3-1010    | 1853000047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID           | 1       | 1      | 36,00            | 10,00    |                                 |        | 11/03/20              |                     |               |
| 4-1010    | 1853000047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE           | 1       | 1      | 36,00            | 10,00    |                                 |        | 11/03/20              |                     |               |
| 5-1010    | 1853000047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE           | 1       | 1      | 36,00            | 10,00    |                                 |        | 11/03/20              |                     |               |
| 6-1010    |                           |                         |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 7-1010    |                           |                         |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 8-1010    |                           |                         |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 9-1010    |                           |                         |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 10-1010   |                           |                         |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 11-1010   |                           |                         |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 12-1010   |                           |                         |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 13-1010   |                           |                         |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 14-1010   |                           |                         |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 15-1010   |                           |                         |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |

43-Dados Pessoais: 1-Tipo de Atendimento 1-Tipologia Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Cronologia 4-Urgência/Emergência 44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 11781010 47-Valor Total R\$ 101010 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 no 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 11/10/31/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/31/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/31/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa