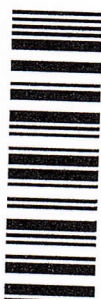


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



383414
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 09/12/10	4-Data de Autorização 12/05/10 09/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194467	7-Data Validade da Senha 12/04/11 12/12/10
8-Número da Carteira 101013753420119189006			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome ALZIRA FERNANDES			10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		
14-Teléfono () - - - - -			11-Data Validade da Carteira / /		
15-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento ALZIRA FERNANDES			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700900925816090		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO		
21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 11161291026719			22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO		
25-Nome do Profissional Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO			26-Número no CRO 37194		
27-Número no CRO 37194			28-UF RJ		
29-Código CBO S 801 -			24-UF RJ		
25-Código CNES Enviar - RX			29-Código CBO S (I) 85100200		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	22	D	1
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	16	MO	1
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
42-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
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 previsto no 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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa