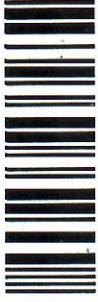




Inscrição para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

396420
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2010	4-Data de Autorização 15/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199109	7-Data Validade da Senha 13/10/11
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 1003179994065283667	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	13-Nome SUMAIA DE JESUS SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			15-Nome do titular do plano SUMAIA DE JESUS SILVA		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	18-Número no CRO 37184	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	21-Data Validade da Carteira / /

22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA			23-Número no CRO 37184		
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 66726247753			25-Código CNES RJ		

26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA			27-Número no CRO 37184		
28-UF RJ			29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			38-Franquia/Co-participação R\$		
30-Tabela			39-Aut		

31-Código do Procedimento			40-Data de Realização		
32-Descrição			41-Motivo da Glosa		

33-Dente/Região			42-Assinatura		
34-Face			43-Valor		

35-Qtd			44-Total Quantidade US		
36-Quantidade US			45-Tipo de Faturamento		

37-Valor			46-Total Quantidade R\$		
38-Franquia/Co-participação R\$			47-Valor Total R\$		

39-Aut			40-Data de Realização		
41-Motivo da Glosa			42-Assinatura		

43-Valor			44-Total Quantidade US		
45-Tipo de Faturamento			46-Total Quantidade R\$		

47-Valor Total R\$			48-Total Quantidade R\$		
49-Tipo de Faturamento			50-Total Quantidade US		

51-Tipo de Faturamento			52-Total Quantidade US		
53-Tipo de Faturamento			54-Total Quantidade R\$		

55-Tipo de Faturamento			56-Total Quantidade US		
57-Tipo de Faturamento			58-Total Quantidade R\$		

59-Tipo de Faturamento			60-Total Quantidade US		
61-Tipo de Faturamento			62-Total Quantidade R\$		

63-Tipo de Faturamento			64-Total Quantidade US		
65-Tipo de Faturamento			66-Total Quantidade R\$		

67-Tipo de Faturamento			68-Total Quantidade US		
69-Tipo de Faturamento			70-Total Quantidade R\$		

71-Tipo de Faturamento			72-Total Quantidade US		
73-Tipo de Faturamento			74-Total Quantidade R\$		

75-Tipo de Faturamento			76-Total Quantidade US		
77-Tipo de Faturamento			78-Total Quantidade R\$		

79-Tipo de Faturamento			80-Total Quantidade US		
81-Tipo de Faturamento			82-Total Quantidade R\$		

83-Tipo de Faturamento			84-Total Quantidade US		
85-Tipo de Faturamento			86-Total Quantidade R\$		

87-Tipo de Faturamento			88-Total Quantidade US		
89-Tipo de Faturamento			90-Total Quantidade R\$		

91-Tipo de Faturamento			92-Total Quantidade US		
93-Tipo de Faturamento			94-Total Quantidade R\$		

95-Tipo de Faturamento			96-Total Quantidade US		
97-Tipo de Faturamento			98-Total Quantidade R\$		

99-Tipo de Faturamento			100-Total Quantidade US		
101-Tipo de Faturamento			102-Total Quantidade R\$		

103-Tipo de Faturamento			104-Total Quantidade US		
105-Tipo de Faturamento			106-Total Quantidade R\$		

107-Tipo de Faturamento			108-Total Quantidade US		
109-Tipo de Faturamento			110-Total Quantidade R\$		

111-Tipo de Faturamento			112-Total Quantidade US		
113-Tipo de Faturamento			114-Total Quantidade R\$		

115-Tipo de Faturamento			116-Total Quantidade US		
117-Tipo de Faturamento			118-Total Quantidade 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(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
Dr. Luis Alberto Pinto de Sampaio Taborda
Cirurgião
15/11/2010

51-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
Sumaia de Jesus Silva
15/11/2010

52-Data Local e Assinatura do Profissional Assistente
Sumaia de Jesus Silva
15/11/2010

53-Data Local e Assinatura da Empresa
VIA CLINICA
15/11/2010