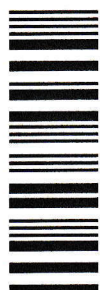


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 15/12/10 4-Data de Autorização 12/8/10 15/12/10 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50157216 7-Data Validade da Sentia 12/5/10 18/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010379994064187559 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 12/1/11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704002890264367

13-Nome MURILLO DO NASCIMENTO SATT 18/03/2013 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano MURILLO DO NASCIMENTO SATT

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS 19-Número no CRO 26384 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 107711069776784 22-Nome do Contratado Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS 23-Número no CRO 26384 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS 27-Número no CRO 26384 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cuid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	5	1	0	0	1	4	5			
2-0	0	8	5	1	0	0	1	4	5			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 47-Valor Totál R\$ 48-Totál Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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 e contratados. 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável: HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: MURILLO DO NASCIMENTO SATT 53-Data, local e Assinatura da Empresa: ODONTO MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS

CNPJ: 14.092.419/0001-25 CNPJ: 14.092.419/0001-25 CNPJ: 14.092.419/0001-25 CNPJ: 14.092.419/0001-25