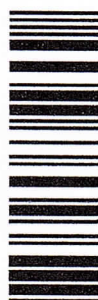


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/14/10 9/12 01	4-Data de Autorização 11/15/10 9/12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191090	7-Data Validade da Senha 11/13/11 12/12 01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

374675
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 01013799191406117111656111	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703402791048400
13-Nome GUILHERME ALVES DA SILVA		14-Telefone (11) 1111111111	15-Nome do titular do plano GUILHERME ALVES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11116129101267119111	22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO
25-Nome do Profissional Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	27-Número no CRO 37194
28-UF RJ	29-Código CBO S 37194

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- 0 0 0	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	4 7 1 0 0	0 0 0 0 0	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201
2- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 8 1 0 0	0 0 0 0 0	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201
3- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 8 1 0 0	0 0 0 0 0	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201
4- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 8 1 0 0	0 0 0 0 0	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201
5- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 8 1 0 0	0 0 0 0 0	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201
6- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 8 1 0 0	0 0 0 0 0	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201
7- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 8 1 0 0	0 0 0 0 0	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201
8- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 8 1 0 0	0 0 0 0 0	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201
9- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 8 1 0 0	0 0 0 0 0	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201
10- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 8 1 0 0	0 0 0 0 0	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201
11- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 8 1 0 0	0 0 0 0 0	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201
12- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 8 1 0 0	0 0 0 0 0	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201
13- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 8 1 0 0	0 0 0 0 0	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201
14- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 8 1 0 0	0 0 0 0 0	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201
15- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3 8 1 0 0	0 0 0 0 0	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201	1161091201

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-1-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 1119910101	47-Valor Total R\$ 1119910101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1119910101
--	--	---	--------------------------------------	----------------------------------	---

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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---