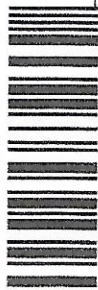


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/7/03/12/0

4-Data de Autorização
11/7/03/12/0

5-Semina
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50159465

7-Data Validada da Semina
11/5/06/12/0

302592
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10/03/79/914061509717

6-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validada da Carteira
11/7/03/12/0

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
708608019621584

13-Nome
CARLOS EDUARDO DA SILVA DOS SA

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
CARLOS EDUARDO DA SILVA DOS SA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
GLAICE LAMARAO PEREIRA

17-Nome do Profissional Solicitante
GLAICE LAMARAO PEREIRA

18-Número no CRO
44280

19-UF
RJ

20-Código CEO S

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0811763767218

22-Nome do Contratado Executante
GLAICE LAMARAO PEREIRA

23-Número no CRO
44280

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
GLAICE LAMARAO PEREIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

27-Número no CRO
44280

28-UF
RJ

29-Código CEO S

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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00					
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00					
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00					
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00					
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-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

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 obrigações 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

31/03/2006 Gláucia L. Pereira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

31/03/2006 Gláucia L. Pereira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

31/03/2006 Carlos Eduardo da Silva dos Santos

53-Data, local e Contato da Empresa

31/03/2006 Dr. Gláucia L. Pereira
Cirurgiã Dentista

CPF: 44280