

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Me



374745
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 14/10/12 0 4-Cada de Autorização 14/10/12 0 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50191126 7-Dia Validade da Santa 13/12/12 0

8-Número da Carteira 00379994065812848 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Dia Validade da Carteira 1/1/1/1 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 705004470794258

13-Nome GABRYEL ALVES DA ROCHA 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular no plano GABRYEL ALVES DA ROCHA 16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante N 18-Número no CRO 31802 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 8243627474720 22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 23-Número no CRO 31802 24-UF RJ 25-Código CIES 26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 27-Número no CRO 31802 28-UF RJ 29-Código CBO S 30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43- Opcional Tratamento 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Orlodonta 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US 1219,00 47- Valor Total R\$ 0,00 48- Total Franchia / 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 previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) em 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 Operador/Donatário Solicitante 05/11/11 51- Data local e Assinatura do Operador/Donatário Solicitante 05/11/11 52- Data local e Assinatura do Operador/Donatário Solicitante 05/11/11 53- Data local e Assinatura do Operador/Donatário Solicitante 05/11/11