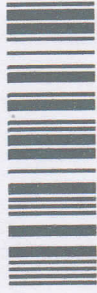


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

408416
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
12/1/01/1/21

6-Número da Guia Principal
50202656

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/9/11/01/210

3-Data de Emissão da Guia
12/9/11/01/210

1-Registro ANS
408414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
898004796257332

11-Data Validade da Carteira
1/1/1/1/1

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
000379994063267486

15-Nome do titular do plano
DENIR DA CONCEICAO LOPES

14-Teléfono
()

13-Nome
DENIR DA CONCEICAO LOPES

01/03/1949

Deixei de Contratar Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

17-Nome do Profissional Solicitante
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

18-Número no CRO
8683

19-UF
RJ

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1715161151126787

22-Nome do Contratado Executante
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

23-Número no CRO
8683

24-UF
RJ

26-Nome do Profissional Executante
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

27-Número no CRO
8683

28-UF
RJ

25-Código CBO S

25-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Guia 42-Assinatura
1-0101811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	11/11/20	11/11/20	APC
2-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/20	11/11/20	APC
3-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/20	11/11/20	APC
4-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/20	11/11/20	APC
5-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/20	11/11/20	APC
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/9/11/1/20	44-Tipo de Alendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	------------------------------------	----------------------------	---

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 da clínica assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por conta da Angula Profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/9/11/1/20 Angela Maria Couto Vargas Tejada

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/9/11/1/20 Angela Maria Couto Vargas Tejada

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/9/11/1/20 Denir da Conceicao Lopes

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11

Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 8888