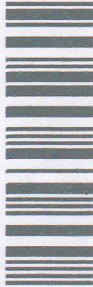




tranquilidade para você sorrir

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



407080  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/11 01/12/10	4-Data de Autorização 12/08/11 01/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202250	7-Data Validade da Senha 12/06/10 11/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010370101010202150141918	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702908587564571
---	--------------------------------	---	---	--

13-Nome  
FELIPE DE SOUZA MACIEL

14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ALICE CRISTINA DE SOUZA MACIEL
------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	18-Número no CRO 8683	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / ONP / CPE

17561151126787	22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	23-Número no CRO 8683	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
----------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante

ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	27-Número no CRO 8683	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa
1-10018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	1	1	0,10	0,10	11	30/10/11	30/10/11
2-10018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	1	1	0,10	0,10	11	30/10/11	30/10/11
3-1											
4-1											
5-1											
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 19/11/11	44-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 11212100	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111
--	--	---	------------------------------------	------------------------------	---

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 19/11/11, 11h, Angela Maria Couto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/11, 11h, Paulo Vargao Tejeda	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/11, 11h, Paulo Vargao Tejeda	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11, 11h, CRO-RJ 8683
--	---	---	---