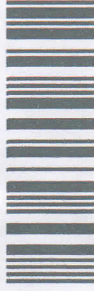




# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



406395  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 10/12/10	4-Data de Autorização 12/7/10 10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202056	7-Data Validade da Senha 12/5/10 11/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379994065962785	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703207626990797
--	--------------------------------	---	--	--

13-Nome  
TATIANA ENNES RODRIGUES

15-Nome do titular do plano  
TATIANA ENNES RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	18-Número no CRO 8683	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
---------------------------	---	--------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1756115126787

25-Código CNES  
24-UF  
RJ

22-Nome do Contratado Executante  
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

26-UF  
RJ

26-Nome do Profissional Executante  
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

27-Número no CRO  
8683

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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-Asinatura
1-1001811010003101		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	314100	0,00	0,00	S	30/10/10	X
2-10018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	361000	0,00	0,00	S	30/10/10	X
3-10018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	361000	0,00	0,00	S	30/10/10	X
4-10018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	361000	0,00	0,00	S	30/10/10	X
5-10018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	361000	0,00	0,00	S	30/10/10	X
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/01/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11781100	47-Valor Total R\$ 1178,11	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 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/01/11 11h 25m Angela da Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/11 11h 25m Angela da Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/11 11h 25m Tatiana Ennes	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
---	---	---	--