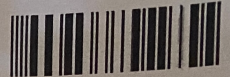




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

394386
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2012	4-Data de Autorização 13/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198462	7-Data Validade da Senha 11/01/2012
8-Número da Carteira 0037999406383675			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome PAULO BRITO MARTINS			14-Telefone 19/08/1947	15-Nome do titular do plano PAULO BRITO MARTINS	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO LEONARDO MISAEL FREIRE		18-Número no CRO 43577
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05878961750			22-Nome do Contratado Executante ROBERTO LEONARDO MISAEL FREIRE		23-Número no CRO 43577
26-Nome do Profissional Executante ROBERTO LEONARDO MISAEL FREIRE			27-Número no CRO 43577		28-UF RJ
29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa			34-UF RJ		35-Código CNES
29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa			28-UF RJ		29-Código CBO 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	0085100099	RESTAURAÇÃO AMÁLGAMA 1	27	O	1	58,00	0,00	0,00		13/03/11/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/3/11/2012	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 58,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 10/3/11/2012 Roberto Leonardo Misaél Freire	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 10/3/11/2012 Roberto Leonardo Misaél Freire	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/3/11/2012 Paulo Brito Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	---	---	-------------------------------------