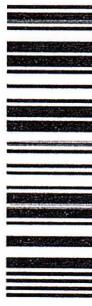




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

**340208**  
**INTERCÂMBIO**

**340208**  
**INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS <b>406414</b>	3-Data de Emissão da Guia <b>11/6/07/20</b>	4-Data de Autorização <b>11/6/07/20</b>	5-Senhas AUTORIZADO	6-Número da Sua Principal <b>50176934</b>	7-Data Validação da Senha <b>11/4/10/20</b>
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira <b>10037994051</b>					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A					
11-Data Validação da Carteira <b>11/11/11/11</b>					
12-Número do Cartão Nacional <b>7008084427496</b>					
13-Nomes <b>MAURO RODRIGUES MORAES JUNIOR</b>					
14-Fone <b>(11) 21071200</b>					
15-Nome do titular do plano <b>MAURO RODRIGUES MORAES JUNIOR</b>					
16-Aprendizado a RN <b>N</b>					
17-Nome do Profissional Solicitante <b>BERNARDO CAMPOS MACHADO</b>					
18-Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>11116219026719</b>					
19-Nome do Contratado Executante <b>BERNARDO CAMPOS MACHADO</b>					
20-Nome do Profissional Executante <b>BERNARDO CAMPOS MACHADO</b>					
21-Nome da Operadora / CRO <b>37194</b>					
22-Número no CRO <b>37194</b>					
23-Número no CRO <b>37194</b>					
24-UF <b>RJ</b>					
25-Código CNES <b>801</b>					
26-Nome do Profissional Executante <b>BERNARDO CAMPOS MACHADO</b>					
27-Número no CRO <b>37194</b>					
28-UF <b>RJ</b>					
29-Nome do Profissional Executante <b>BERNARDO CAMPOS MACHADO</b>					
30-Nome do Profissional Executante <b>BERNARDO CAMPOS MACHADO</b>					
31-Código da Tabela <b>32-Descritivo</b>					
32-Descritivo CURATIVO DE DEMORA EM CONSULTA ODONTOLOGICA					
33-Dent/Ragão <b>14</b>					
34-Face <b>1</b>					
35-Qtd <b>8</b>					
36-Quantidade US <b>0,00</b>					
37-Valor <b>0,00</b>					
38-Franquia/Co-participação RS <b>S 14/10/10</b>					
39-Aut <b>S 24/10/10</b>					
40-Data de					
41-Nome do Tratamento / Procedimento / Solicitudes					
42-Código do Procedimento					
43-Data Previsão Termínio do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US: <b>0,00</b>					
47-Valor Total R\$: <b>0,00</b>					
48-Observação					
49-Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável <b>24/10/10 / 20</b>					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <b>24/10/10 / 20</b>					
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável <b>24/10/10 / 20</b>					
53-Data, local e Cerimônia da Empresa <b>24/10/10 / 20</b>					