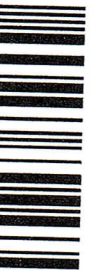


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



364326
INTERCAMBIO

| | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|---|--|--|
| 1-Registro ANS 406414 | 3-Data de Emissão da Guia 12/06/2010 | 4-Data de Autorização 12/06/2010 | 5-Senha AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal 50186871 | 7-Data Validade da Senha 12/04/2011 | 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 702102728928495 |
| 8-Dados do Beneficiário 0103799940621549151 | | | 9-Plano POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | | |
| 13-Nome RAPHAEL ALMEIDA DE ASSIS | | | 14-Telefone () - | | 15-Nome do Titular do plano JAIDER MAURO DE ASSIS | |
| 16-Aliamento a RN N | | | 17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA | | 18-Número no CRO 24440 | |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 000596288719 | | | 22-Nome do Contratado Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA | | 23-Número no CRO 24440 | |
| 26-Nome do Profissional Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA | | | 27-Número no CRO 24440 | | 28-UF RJ | |
| 29-Código CBO S 801 - | | | 29-Código CBO S Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 | | 29-Código CBO S RJ | |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados | | | | | | |
| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US |
| 1-00 | 085100200 | RESTAURAÇÃO RESINA | 16 | OM | 1 | 88,00 |
| 2-00 | 085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 26 | O | 1 | 16,00 |
| 3-00 | 085100200 | RESTAURAÇÃO RESINA | 55 | OM | 1 | 18,00 |
| 4-00 | 085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 54 | O | 1 | 16,00 |
| 5-00 | 085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 65 | O | 1 | 16,00 |
| 6-00 | 085100200 | RESTAURAÇÃO RESINA | 64 | OM | 1 | 88,00 |
| 7-00 | | | | | | |
| 8-00 | | | | | | |
| 9-00 | | | | | | |
| 10-00 | | | | | | |
| 11-00 | | | | | | |
| 12-00 | | | | | | |
| 13-00 | | | | | | |
| 14-00 | | | | | | |
| 15-00 | | | | | | |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento | | | | | | |
| 44-Tipo do Atendimento | | | | | | |
| 45-Tipo de Faturamento | | | | | | |
| 46-Total Quantidade US | | | | | | |
| 47-Valor Total R\$ | | | | | | |
| 48-Total Franquia / Coparticipação 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(ram) 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-Dado, local e Assinatura do Beneficiário Solicitante
31/08/2010

51-Dado, local e Assinatura do Operador Dentista
31/08/2010

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/08/2010

53-Dado, local e Assinatura da Empresa
31/08/2010

Odonto Pediatría

Cintya P.M. de Oliveira
Odontopediatra - pediatras
Odontopediatra - chefe Odontologia
Odontopediatra - chefe Odontologia
Odontopediatra - chefe Odontologia