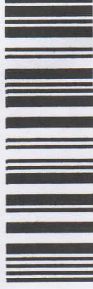


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



386385
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/09/12/01	4-Data de Autorização 01/11/01/2101	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50195893	7-Data Validade da Senha 12/9/11/12/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1010317199940640439801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A			
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700503909027652			
13-Nome ALEXANDRE MOTA BARBOSA		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano ALEXANDRE MOTA BARBOSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17561151126787	22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA
26-Nome do Profissional Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
30-Tabela 1-010181100001301 2-01018154005561 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-	31-Código do Procedimento 32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA RESTAURAÇÃO METÁLICA 33-Dente/Região 1 46 34-Face 1 35-Qtd 1 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franchisa/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/01/10/10	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 506100	47-Valor Total R\$ 506100	48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 506100
---	--	---	----------------------------------	------------------------------	--

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 obrigações 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 10/01/10/10 Angela Maria Couto Vargas Tejeda	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/01/10/10 Angela Maria Couto Vargas Tejeda	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/01/10/10 Alexandre Mota Barbosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11
---	---	---	--