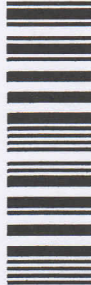


# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

**387758**  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/10 10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 50196430	7-Data Validade da Senha 13/10/11 12/12/10
--------------------------	--	-----------------------	--	---

Debito do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70680572193822	
10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		13-Data Validade da Carteira 11/11/11		15-Nome do titular do plano PATRICIA LINS GUIMARAES	
14-Teléfono (11) 989145080		16-Número no CRO 8683		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	

Debito do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-UF RJ		23-Número no CRO 8683	
17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA		24-UF RJ		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / ONP / CPF 17156115112617871111		26-UF RJ		29-Código CBO S	
22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA		27-Número no CRO 8683			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-00108110000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00	0,00	0,00	10/12/10		PLG
2-00108530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/12/10		PLG
3-00108530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/12/10		PLG
4-00108530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/12/10		PLG
5-00108530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/12/10		PLG
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/10	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 1178,00	47-Valor Total R\$	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 obrigações de 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 06/11/10 ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 PATRICIA LINS GUIMARAES	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------