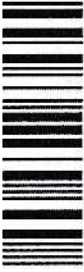




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 10/12/01	4-Data de Autorização 12/3/11 10/12/01	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201299	7-Data Validade da Sinthe 12/1/10 11/12/11	403744 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 3 3 9 12 2 3 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004991193542		
13-Nome HELENA OLIVEIRA DOS SANTOS						
14-Telefone (11) 11111111						
15-Nome do titular do plano HELENA OLIVEIRA DOS SANTOS						

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solidante THAMIRE RODRIGUES LAGRIMANTE	18-Número no CRO 49529	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 116051151717750111	22-Nome do Contratado Exequente THAMIRE RODRIGUES LAGRIMANTE	23-Número no CRO 49529	24-UF RJ	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Exequente THAMIRE RODRIGUES LAGRIMANTE	27-Número no CRO 49529	28-UF RJ	29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-10	018100000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			34000	0,00	0,00		22/11/2010	15
2-10	018400000910	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1			72000	0,00	0,00		22/11/2010	15
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/11/2010 14022008 Cirurgiã - Dentista CRO RJ - 49259	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/2010 14022008 Cirurgiã - Dentista CRO RJ - 49259	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/2010 14022008 HELENA OLIVEIRA DOS SANTOS	53-Data, local e Assinatura 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), (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.	54-Data, local e Assinatura 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), (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.
---------------	---	---	--	---	---

ODONTOLOGIA SEM: ODONT. LTDA
22/11/2010 14022008
Cirurgiã - Dentista
CRO RJ - 49259
Insc. Municipal: 0521154-9