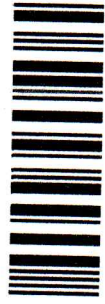


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

385632
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/09/2012		5-Sineta AUTORIZADO		6-Data de Autorização 13/10/2012		7-Data Validade da Sineta 12/11/2012		8-Número da Carteira 00379994065475078		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703606043539032			
13-Nome VICTOR ROMERO DE LIMA		14-Telefone ()		15-Data Validade da Carteira 11/11/11		16-Número do Cartão Nacional de Saúde 703606043539032		17-Data Validade da Carteira 11/11/11		18-Data Validade da Carteira 11/11/11		19-Data Validade da Carteira 11/11/11		20-Data Validade da Carteira 11/11/11		21-Data Validade da Carteira 11/11/11		22-Data Validade da Carteira 11/11/11			
15-Atendimento a RN N		16-Atendimento a RN N		17-Atendimento a RN N		18-Atendimento a RN N		19-Atendimento a RN N		20-Atendimento a RN N		21-Atendimento a RN N		22-Atendimento a RN N		23-Atendimento a RN N		24-Atendimento a RN N			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 172038632715		22-Nome do Contratado Executante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE		23-Número no CRO 17808		24-UF RJ		25-Código CNES 24UF RJ		26-Nome do Profissional Executante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE		27-Número no CRO 17808		28-UF RJ		29-Código CBO S 17808		30-UF RJ			
31-Código do Procedimento 101821000875		32-Descrição EXODONTIA SIMPLES DE		33-Dente/Região 18		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 73100		37-Valor 0100		38-Franquia/Co-participação R\$ 0100		39-Aut S		40-Data de Realização 21/09/2012		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura S	
2-00821000875		EXODONTIA SIMPLES DE		48		1		1		73100		0100		0100		S		21/09/2012		S	
3-00821000875		EXODONTIA SIMPLES DE		38		1		1		73100		0100		0100		S		21/09/2012		S	
4-008210001294		REMOÇÃO DE DENTES SEMI		28		1		1		186100		0100		0100		S		21/09/2012		S	
5-111111111111																					
6-111111111111																					
7-111111111111																					
8-111111111111																					
9-111111111111																					
10-111111111111																					
11-111111111111																					
12-111111111111																					
13-111111111111																					
14-111111111111																					
15-111111111111																					
43-Data Previsão Término de Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1		45-Tipo de Faturamento 1-1		46-Total Quantidade US 140510101		47-Valor Total R\$ 1010101		48-Taxa Franquia / Co-participação F\$ 111111111111		49-Taxa Franquia / Co-participação F\$ 111111111111		50-Taxa Franquia / Co-participação F\$ 111111111111		51-Taxa Franquia / Co-participação F\$ 111111111111		52-Taxa Franquia / Co-participação F\$ 111111111111		53-Taxa Franquia / Co-participação F\$ 111111111111	
54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012	
65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012		75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012	

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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/10/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/10/2012

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/10/2012