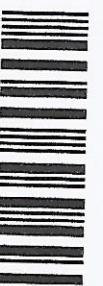


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



332804
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414 3-Dados de Emissão da Guia 10/12/10 7/12/10 4-Data de Autorização 10/12/10 7/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50173854 7-Data Validade da Senha 13/01/10 9/12/10

8-Número da Carteira 000370000016020688 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706806247659620

13-Nome CLARA CRISTINA DOS REIS SANTOS 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano CLARA CRISTINA DOS REIS SANTOS 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MARCOS CARVALHO DA SILVA 18-Número no CRO 16315 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 81381425704 22-Nome do Contratado Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA 23-Número no CRO 16315 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA 27-Número no CRO 16315 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade Un	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	13	IDP	1	143,00	0,00	514,00	12/12/10	12/12/10	Clara Reis	
2-0	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17		1	43,00	0,00	50,00	12/12/10	12/12/10	Clara Reis	
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 286,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 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(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.

Marcos Carvalho da Silva
Cirurgião - Dentista
CRO - Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa