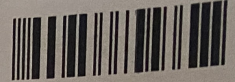




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



394375
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2012	4-Data de Autorização 13/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198460	7-Data Validade da Senha 13/11/2012
8-Número do Beneficiário 0037994063883675					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa UNIMED SAÚDE E ODONTO S/A					
11-Data Validade de Carteira 13/11/2012					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703606090071637					
13-Nome PAULO BRITO MARTINS					
14-Telefone (11) 1111-1111					
15-Nome do titular do plano PAULO BRITO MARTINS					
16-Atendimento e RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO LEONARDO MISAE FREIRE					
18-Número no CRO 43577					
19-UF RJ					
20-Código CBO S: 801 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05878961750					
22-Nome do Contratado Executante ROBERTO LEONARDO MISAE FREIRE					
23-Número no CRO 43577					
24-UF RJ					
25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200					
26-Nome do Profissional Executante ROBERTO LEONARDO MISAE FREIRE					
27-Número no CRO 43577					
28-UF RJ					
29-Código CBO S: 801 -					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	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
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	IM	1	88,00	0,00	0,00	S	03/11/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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, 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 Exatidão - M. Freire 03/11/2012	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 03/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/2012
---	---	--	---	---