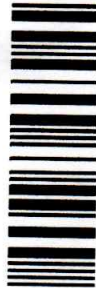


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/17/09 11:20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50192314		7-Data Validade da Senha 11/16/11 12:12		377721 INTERCÂMBIO																					
8-Número da Carteira 1003171994046521216916				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700307934394030																	
13-Nome VANIA ALVES NOGUEIRA GOMES				14-Telefone (11) 1111-1111				15-Nome do titular do plano VANIA ALVES NOGUEIRA GOMES																							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA		18-Número no CRO 8132		19-UF RJ		20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1457603811768		22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA		23-Número no CRO 8132		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA		27-Número no CRO 8132		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Faturar Empresa 801 -			
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente Regiões		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Classe 42-Assinatura									
1-10		0181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		HASD		1		34,00		0,00		0,00		S		11/17/09 11:20		AS									
2-10		0185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		HASE		1		36,00		0,00		0,00		S		11/17/09 11:20		AS									
3-10		0185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		HASE		1		36,00		0,00		0,00		S		11/17/09 11:20		AS									
4-10		0185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		HAIE		1		36,00		0,00		0,00		S		11/17/09 11:20		AS									
5-10		0185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		HAID		1		36,00		0,00		0,00		S		11/17/09 11:20		AS									
6-1																															
7-1																															
8-1																															
9-1																															
10-1																															
11-1																															
12-1																															
13-1																															
14-1																															
15-1																															
43-Data Previsão Término do Tratamento		11/11/11/11		44-Tipo de Atendimento		1-1 Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência Emergência		45-Tipo de Faturamento		1-Total		2-Parcial		46-Total Quantidade US		1178,00		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 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 previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados(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 previstos em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/17/09 11:20 Marilene Moreira Cunha		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/17/09 11:20 Marilene Moreira Cunha		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/17/09 11:20 Ana Maria		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
--	--	--	--	---	--	-------------------------------------	--

Dra. Marilene Moreira Cunha
 ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
 CRO/RJ 8132