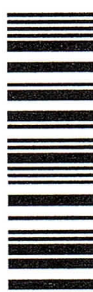




Registre-se em 10 minutos

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



351771
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 08/12/10	4-Data de Autorização 10/05/10 08/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181813	7-Data Validade da Senha 10/03/11 11/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100037000002120110559	9-Primo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 708606566126281
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome RAQUEL DOREA SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

31/03/1985

14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DARILIA DOREA SOARES
------------------------------	---

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA
------------------------	---

18-Número no CRO 24440	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10105196288719	22-Nome do Contratado Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 24440	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 24440	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

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 Causa	42-Assinatura
1-00	081000014	CONDICIONAMENTO EM	1	1	1	7,00	0,00	0,00	0,00	05/08/2010	05/08/2010	
2-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,40	0,00	0,00	0,00	05/08/2010	05/08/2010	
3-00	084000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	05/08/2010	05/08/2010	
4-00	084000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	05/08/2010	05/08/2010	
5-00	084000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	05/08/2010	05/08/2010	
6-00	084000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	05/08/2010	05/08/2010	
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Aliamento

1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência
-----------------------------	---------------------	--------------	-----------------------

45-Tipo de Faturamento	1-Total	2-Parcial
------------------------	---------	-----------

46-Total Quantidade US	2444,00
------------------------	---------

47-Valor Total R\$	10,00
--------------------	-------

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) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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

cientista Cyrcelid

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/2010 Cinthya	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2010 Cinthya	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2010 Darilia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/2010
---	---	---	---