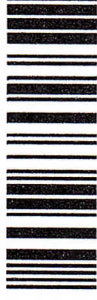


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 14/09/2012		4-Data de Autorização 15/09/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50191090		7-Data Validade da Senha 13/12/2012		374675 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0037994061711656													
9-Plano POS REDE PRESTADORA													
10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A													
11-Data Validade da Carteira / /													
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703402791048400													
13-Nome GUILHERME ALVES DA SILVA													
14-Telefone () - / -													
15-Nome do titular do plano GUILHERME ALVES DA SILVA													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11629026719		22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO											
28-Nome do Profissional Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO		29-Código CBO S 37194											
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		
1-001811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	1	47,00	0,00	0,00	09/12/2012	S			
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	38,00	0,00	0,00	09/12/2012	S			
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	38,00	0,00	0,00	09/12/2012	S			
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	38,00	0,00	0,00	09/12/2012	S			
5-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL												
6-00185300047													
7-00185300047													
8-00185300047													
9-00185300047													
10-00185300047													
11-00185300047													
12-00185300047													
13-00185300047													
14-00185300047													
15-00185300047													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /													
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência													
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial													
46-Total Quantidade US 199,00													
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, 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/09/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--