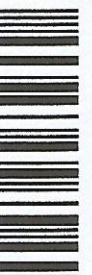


Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



365121

1-Registro ANS 4064/14 3-Dia de Emissão da Guia 12/17/10 8/12/10 4-Dia de Autorização 12/18/10 8/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50187223 7-Dia Validade da Guia 12/15/11 1/12/10

8-Dados do Beneficiário 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ELIDIANA RAMOS DE 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome VICTORIA BIANCA OLIVEIRA DE SO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ELIDIANA RAMOS DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MASCARO CATELAN 18-Número no CRO 43052 19-UF RJ 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05151192437135 22-Nome do Contratado Executante JULIANA MASCARO CATELAN 23-Número no CRO 43052 24-UF RJ 25-Nome do Profissional Executante JULIANA MASCARO CATELAN 26-Código CNES 27-Número no CRO 43052 28-UF RJ 29-Código CBO S 30-Franquia/Co-participação R\$ 31-Valor 32-Franquia/Co-participação R\$ 33-Aut 34-Dia de Realização 35-Motivo da Glosa 36-Assinatura

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fixo	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0	8	1	0	0	0	6	5				
		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1						
2	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
3	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
4	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
5	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

Juliana M. N. CATELAN

M CATELAN CLÍNICA ODONTOLÓGICA EIRELI

CNPJ: 30.995.270/0001-40