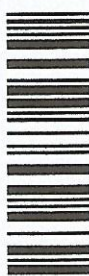


life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ºº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/2019 4-Data de Autorização 10/04/2019 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50189600 7-Data Validação da Serinha 10/03/2019

370696

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10037999940653079949

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

13-Nome ANA LUCIA MENDES DE OLIVEIRA

11/09/1982

15-Nome do Titular do plano ANA LUCIA MENDES DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MASCARO CATELAN

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 105519243735 22-Nome do Contratado Executante JULIANA MASCARO CATELAN

23-Número no CRO 43052

24-UF RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JULIANA MASCARO CATELAN

27-Número no CRO 43052

28-UF RJ

29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-V-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mês da Guia	42-Valor
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00	18,30	S	09/09/20	18	18,30
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	18,30	S	09/09/20	18	18,30
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	18,30	S	09/09/20	18	18,30
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00	18,30	S	09/09/20	18	18,30
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento 09/10/20	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 244,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchia / Co-participação R\$ 183,00							

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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

catelan

catelan

JULIANA MASCARO CATELAN

CNPJ: 30.995.270/0001-40