

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/11 11/20	4-Data de Autorização 12/6/11 11/20	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50208919	7-Data Validade da Serina 12/4/10 12/11
--------------------------	--	--	------------------------	--	--

428791

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0003700000016702606	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 700404724224550
13-Nome VIVIANE FERRAZ GRECO		14-Teléfono () -		15-Nome do titular do plano ALEXANDRE BARCELLOS GRECO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MASCARO CATELAN		18-Número no CRO 43052		19-UF RJ		20-Código CBO S		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05519243735		22-Nome do Contratado Executante JULIANA MASCARO CATELAN		23-Número no CRO 43052		24-UF RJ		25-Código CNES		26-UF RJ		27-Código CBO S	
28-Nome do Profissional Esclarecido JULIANA MASCARO CATELAN													

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Registo	34-Escala	35-Cidr	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	6 1,0 0	1,0 0 0	18,30 S	24/11/20	x/valor	x/valor
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	V	1	6 1,0 0	1,0 0 0	18,30 S	24/11/20	x/valor	x/valor
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	6 1,0 0	1,0 0 0	18,30 S	24/11/20	x/valor	x/valor
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										

43-Dia Pagamento / Término do Tratamento 24/11/20	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 1 8 3,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 541,90
--	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	---

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 24/11/20 Juliana	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/20 Juliana	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20	53-Data, local e Campo da Empresa 24/11/20
---	---	---	---

M. CATELAN CLÍNICA ODONTOLÓGICA EIRELI

CNPJ: 30.995.270/0001-40