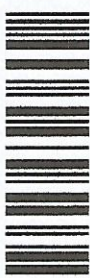


life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{av}1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
19/11/20124-Data de Autorização
19/11/20125-Semeta
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
502073877-Data Validade da Semeta
17/02/21

422815

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
003700000167025929-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A11-Data Validade da Carteira
11/11/1112-Número do Cartão Nacional de Saúde
70510380975114013-Nome
ALEXANDRE BARCELLOS GRECO

13/04/1954

14-Telefone
() - - - - -15-Nome do Titular do Plano
ALEXANDRE BARCELLOS GRECO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN
N17-Nome do Profissional Solicitante
JULIANA MASCARO CATELAN18-Número no CRO
4305219-UF
RJ20-Código CBO S
Faturar Empresa21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0551924373522-Nome do Contratado Executante
JULIANA MASCARO CATELAN23-Número no CRO
4305224-UF
RJ25-Código CNES
26-Código CBO S27-Nome do Profissional Escuteiro
JULIANA MASCARO CATELAN28-Número no CRO
4305229-UF
RJ

30-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-7-Abas	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cidr	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	6,100	0,00	18,30	S	19/11/2012		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6,100	0,00	18,30	S	19/11/2012		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento
19/11/201244-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial46-Total Quantidade US
1122,0047-Valor Total R\$
0,0048-Total Franquia / Co-participação R\$
36,60

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-Observações

50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante
19/11/2012, Juazeiro51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista
19/11/2012, Juazeiro52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/11/2012, Juazeiro53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/11/2012, E.O.

M. CATELAN

M. CATELAN

M CATELAN CLINICA ODONTOLÓGICA EIRELI

CNPJ: 30.995.270/0001-40