



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



422819

1-Registro ANS 406474	3-Data de Emissão da Guia 11/9/11 11/2/01	4-Data de Autorização 11/9/11 11/2/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207388	7-Data Validação da Guia 11/7/10 12/1/11
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010103171000000167026106	9-Estado POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validação da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde 700404724224550
--	---------------------------------	---	---	--

13-Nome VIVIANE FERRAZ GRECO	23/08/1960	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE BARCELLOS GRECO
---------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MASCARO CATELAN	18-Número no CRO 43052	19-UF RJ	20-Código CBO S 26-Código CNES	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01551191243735	22-Nome do Contratado Executante JULIANA MASCARO CATELAN	23-Número no CRO 43052	24-UF RJ	25-Código CBO S 26-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JULIANA MASCARO CATELAN		27-Número no CRO 43052	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	1	73,00	0,00	21,90	S	11/11/11	20	catelan
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ordonia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 173,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise / Co-participação R\$ 21,90
--	---	---------------------	-----------	-----------------------	---	----------------------------------	----------------------------	---

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.

Assinaturas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 Rio de Janeiro RJ	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 Rio de Janeiro RJ	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 Rio de Janeiro RJ	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 Rio de Janeiro RJ
---	---	---	---

catelan

catelan

Viviane Ferraz Greco

M CATELAN CLÍNICA ODONTOLÓGICA EIRELI

CNPJ: 30.995.270/0001-40