



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 01/12/10	4-Data de Autorização 12/7/11 01/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202070	7-Data Validade da Senha 12/5/10 11/12/11	8-Data Validade da Guia 406410
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10037000000016702606	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70040472424550		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
13-Nome VIVIANE FERRAZ GRECO	23/08/1960	14-Teléfono (11) 11111111	15-Data Validade da Carteira 11/11/11	16-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 101515119214137315	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 CBO S			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fleção	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-100018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	1	61,00	0,00	18,30	S	30/10/10	21/11/10
2-100018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	1	61,00	0,00	18,30	S	30/10/10	21/11/10
3-100018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	1	61,00	0,00	18,30	S	30/10/10	21/11/10
4-100018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
5-100018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
6-100018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
7-100018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
8-100018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
9-100018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
10-100018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-100018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-100018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-100018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-100018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-100018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/11/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 183,00	48-Total Franquia / 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 30/11/10 Juliana	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 30/11/10 Juliana	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/10 Juliana
---	---	---

M. cateLAN
M. cateLAN
greco
M CATELAN CLÍNICA ODONTOLÓGICA EIRELI

CNPJ: 30.995.270/0001-40