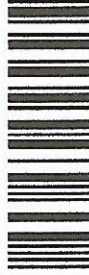




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 1 1 / 0 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 50202946	7-Data Validação da Senha 2 8 / 1 0 / 1 1 / 2 1	409259
--------------------------	--	-----------------------	--	--	--------

Dados do Beneficiário		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Validação da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702605274681641
8-Número da Carteira 0 0 / 3 7 9 / 9 4 0 6 5 4 4 7 3 2 5		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome DIRLEY DOS SANTOS BATISTA	
13-Nome DIRLEY DOS SANTOS BATISTA		04/01/1990		14-Telefone () - - - - -	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 43052		19-UF RJ	20-Código CBO S	Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MASCARO CATELAN		24-UF RJ		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 1 5 1 1 9 2 4 3 7 3 5		22-Nome do Contratado Executante JULIANA MASCARO CATELAN		26-UF RJ		27-Número no CRO 43052	
23-Nome do Profissional Executante JULIANA MASCARO CATELAN		28-UF RJ		29-Código CBO S			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fregião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-10	0 1 8 1 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	3 1 4 0 0 0	0 1 0 0	1	10,20	03/11/20	10,20	S	03/11/20	10,20
2-10	0 1 8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 0 0	0 1 0 0	1	10,80	03/11/20	10,80	S	03/11/20	10,80
3-10	0 1 8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 0 0	0 1 0 0	1	10,80	03/11/20	10,80	S	03/11/20	10,80
4-10	0 1 8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 0 0	0 1 0 0	1	10,80	03/11/20	10,80	S	03/11/20	10,80
5-10	0 1 8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 0 0	0 1 0 0	1	10,80	03/11/20	10,80	S	03/11/20	10,80
6-1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
7-1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
8-1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
9-1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
10	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
11	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
12	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
13	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
14	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
15	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 03/11/20	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 1 1 7 8 0 0	47-Valor Total R\$ 1 0 1 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 5 3 1 4 0
--	--	---	---------------------------------------	---------------------------------	--

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 03/11/20 Juliana M.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20 Juliana M.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20 Dirley
---------------	--	--	--

Juliana Mascaro Catelan

M CATELAN CLÍNICA ODONTOLÓGICA EIRELI
CNPJ: 30.995.270/0001-40