



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



350090

1-Registro ANS 406844	3-Data de Emissão da Guia 10/03/10 18/12/10	4-Data de Autorização 10/03/10 18/12/10	5-Sereta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181078	7-Data Validade da Sereta 10/1/11 1/12/10
--------------------------	--	--	------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1000379994061616317411	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706306767322572
--	--------------------------------	---	--	--

13-Nome
BRUNA CADENA DE SOUZA

14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade do plano BRUNA CADENA DE SOUZA
------------------------------	--

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 da Operadora / CNPJ / CPF 105519243735	22-Nome do Contratado Específico JULIANA MASCARO CATELAN	23-Número no CRO 43052	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Específico 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-Clin	36-Quantidade US	37-Volunt	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	M	1	6100	000	18,30	5			Brumel
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6100	000	18,30	5			Brumel
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 03/08/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Criodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1122100	47-Valor Total R\$ 00000000	48-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(ram) 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 este 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 03/10/08/10 Bruna	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/08/10 Juliana	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/08/10 Bruna e Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/10/08/10 CATELAN CLÍNICA ODONTOLÓGICA EIRELI
--	--	--	--

M. CATELAN

M. CATELAN

CNPJ: 30.985.270/0001-40