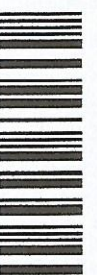




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406474	3-Data de Emissão da Guia 10/03/2019	4-Data de Autorização 04/10/2019	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189296	7-Data Validação da Guia 10/02/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

369911

8-Dados do Beneficiário 10037994065307949	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validação da Carteira 11/09/1982	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA LUCIA MENDES DE OLIVEIRA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano ANA LUCIA MENDES DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Matrimônio a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MASCARO CATELAN
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1015191243735	22-Nome do Contratado Executante JULIANA MASCARO CATELAN
23-Nome do Profissional Executante JULIANA MASCARO CATELAN	24-UF RJ
25-Número no CRO 43052	26-Código CNES RJ
27-Número no CRO 43052	28-UF RJ
29-Código CBO S	30-Código CBO S
Faturar Empresa	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	10,00			10/04/2019		
2	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6	10,00			10/04/2019		
3	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,6	10,00			10/04/2019		
4	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,6	10,00			10/04/2019		
5	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,6	10,00			10/04/2019		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/10/2019	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odonológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 53,40
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	--

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 c/c(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 04/10/2019, Rio, Juliana	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/2019, Rio, Juliana	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/2019, Rio, Ana Lucia Mendes de Oliveira	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 04/10/2019, Rio, JULIANA CLINICA ODONTOLÓGICA EIRELI
---	---	--	--

CNPJ: 30.995.270/0001-40