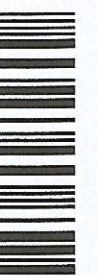




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



363303

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/2018	4-Data de Autorização 25/11/2018	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186468	7-Data Validade da Série 12/3/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10131791919140644141315151	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 708106535283630
--	--------------------------------	--------------------------------	--	--

13-Nome GIOVANNA OLIVEIRA DE MARCO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do Plano GIOVANNA OLIVEIRA DE MARCO
---------------------------------------	------------------------------	---

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 26-Código CNES	Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101511912413173151	22-Nome do Contratado do 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 do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Dica	42-Assinatura
1-0	01	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	10,0	0,0	0	10/10/18		
2-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0	10/10/18		
3-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0	10/10/18		
4-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0	10/10/18		
5-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	10,0	0,0	0	10/10/18		
6-1	1											
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	1											
43-Data Previsão Término do Tratamento 25/11/2018												
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 117,8												
47-Valor Total R\$ 10,0												
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,0												

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 25/11/2018, RJ, Juliana	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/2018, RJ, Juliana	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/2018, RJ, X	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/11/2018, MASCARO CATELAN CLINICA ODONTOLÓGICA EIRELI
--	--	--	--

CNPJ: 30.995.270/0001-40