

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



363724

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 21/08/2010	4-Data de Autenticação 21/08/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186628	7-Dia Validade da Senha 21/11/2010
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000379994064443555	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Dia Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709106535283630
--	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

13-Nome

GIOVANNA OLIVEIRA DE MARCO

06/10/1978

()

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
--------------------------	--

21-Código na Operadora / ONP / CPF 01519243735	22-Nome do Contratado Executante JULIANA MASCARO CATELAN
---	---

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-Dentista/Região	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Med	38-Francia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	161,00	0,00	18	30	5,00	09/20
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	161,00	0,00	18	30	5,00	09/20
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento 09/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	49-Valor Total R\$ 0,00	50-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	51-Valor Total R\$ 0,00	52-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	53-Valor Total R\$ 0,00	54-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	55-Valor Total R\$ 0,00

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) 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/09/20, Juliana M.	57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/20, Juliana M.	58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/20, x R\$	59-Data, local e Assinatura da Empresa 09/09/20, CATELAN CLINICA ODONTOLÓGICA EIRELI
---	---	--	---

caterlan

caterlan

* Giovanna O. da Silva CNPJ: 30.995.270/0001-40