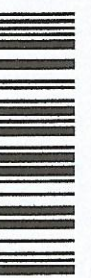




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
11/11/20124-Data de Autorização
19/11/20125-Série
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
502073807-Data Validade da Guia
09/02/2013

416736

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100379940654473259-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
UNIMED RIO COOPERATIVA11-Data Validade da Carteira
11/11/1112-Número do Cartão Nacional de Saúde
70260527468164113-Nome
DIRLEY DOS SANTOS BATISTA

04/01/1990

14-Telefone
() - - - - -15-Nome do Titular do plano
DIRLEY DOS SANTOS BATISTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N17-Nome do Profissional Solicitante
JULIANA MASCARO CATELAN18-Número no CRO
4305219-UF
RJ

20-Código CRO S

Faturar Empresa

Enviar - RX
(1) 8610020021-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0551924373522-Nome do Contratado Exequente
JULIANA MASCARO CATELAN23-Número no CRO
4305224-UF
RJ25-Código CNES
(1) 8610020026-Nome do Profissional Exequente
JULIANA MASCARO CATELAN27-Número no CRO
4305228-UF
RJ

29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Guia	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	10,00	18,30	S	23/11/20		
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DO	1	88,00	10,00	36,60	S	23/11/20		
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												
43-00	11120	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	2-Esma Radiológico	3-Cronograma	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1149,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 154,90			

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, do profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
23/11/2012 Juliana51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
23/11/2012 Juliana52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
25/11/201253-Data, local e Carimbo da Empresa
23/11/2012

M. CATELAN

M. CATELAN

Dirley dos Santos Batista

M CATELAN CLÍNICA ODONTOLÓGICA EIRELI

CNPJ: 30.995.270/0001-40