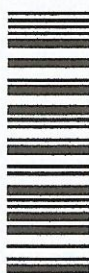




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



388560

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/11	4-Data de Autorização 10/15/11	5-Será Autorizado AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198567	7-Data Validada da Guia 13/11/12	8-Número da Guia 10/03/10	9-Data Validada da Guia 10/15/11	10-Será Autorizado AUTORIZADO	11-Data Validada da Guia 10/15/11	12-Número da Guia Nacional da Saúde 700404724224550																																															
Dados do Beneficiário		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																															
13-Nome VIVIANE FERRAZ GRECO		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ALEXANDRE BARCELLOS GRECO		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		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 051912143735		22-Nome do Contratado Exequente JULIANA MASCARO CATELAN		23-Número no CRO 43052		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Exequente JULIANA MASCARO CATELAN		27-Número no CRO 43052		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Franchisa/Co-participação R\$ 10,20		31-Valor 0,00		32-Quantidade US 3,4		33-Quantidade US 3,4		34-UF RJ		35-UF RJ		36-UF RJ		37-UF RJ		38-UF RJ		39-UF RJ		40-Data de Realização 10/10/11		41-Motivo da Guia 42-Assinatura Viviane Ferraz Greco	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Descrição		34-Face		35-Cid		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franchisa/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Guia		42-Assinatura																																	
1-0		10		81000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		3,4		0,00		10,20		S		10/10/11		Viviane Ferraz Greco																																			
2-0		0853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		1		1		3,6		0,00		10,80		S		10/10/11		Viviane Ferraz Greco																																			
3-0		0853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		1		3,6		0,00		10,80		S		10/10/11		Viviane Ferraz Greco																																			
4-0		0853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		1		3,6		0,00		10,80		S		10/10/11		Viviane Ferraz Greco																																			
5-0		0853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		1		3,6		0,00		10,80		S		10/10/11		Viviane Ferraz Greco																																			
6-1																																																									
7-1																																																									
8-1																																																									
9-1																																																									
10-1																																																									
11-1																																																									
12-1																																																									
13-1																																																									
14-1																																																									
15-1																																																									
43-Data Prevista Término do Tratamento 10/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Otodontia		4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Pagamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 117,8		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franchisa / 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 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-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Diga, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Diga, local e Carimbo da Empresa

M. CATELAN

M. CATELAN

Viviane Ferraz Greco

M CATELAN CLÍNICA ODONTOLÓGICA EIRELI

CNPJ: 30.995.270/0001-40