

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 02/10/2019 4-Dia de Autenticação 02/10/2019 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50188755 7-Dia Validade da Serina 01/12/2019 368511

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065284280 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ELIDIANA RAMOS DE 11-Dia Validade da Carteira 12-Número da Carteira Nacional de Saúde

13-Nome BERNARDA RAMOS DE SOUSA 14-Telefone 02/09/1955 15-Nome do titular do plano ELIDIANA RAMOS DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MASCARO CATELAN 18-Número no CRO 43052 19-UF RJ 20-Código CBO S Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05519243735 22-Nome do Contratado 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-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26	1	1	73,00	0,00	21,90	S	08/09/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Emissão 08/09/20 44-Tipo de Atendimento 1 45-Tipo de Tratamento 2 46-Tipo de Faturamento 1 47-Valor Total R\$ 173,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 21,90

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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 08/09/2019, Juliana 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/09/2019, Juliana 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/2019, x 53-Data, local e Cartão da Empresa 08/09/2019, M CATELAN CLINICA ODONTOLÓGICA EIRELI

M. CATELAN

M. CATELAN

Bernarda B. Sousa

CNPJ: 30.995.270/0001-40