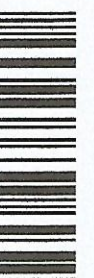




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 408474	3-Dia de Emissão da Guia 06/11/2012	4-Dia de Autoligação 06/11/2012	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197093	7-Dia Validade da Serina 04/11/2012
--------------------------	--	------------------------------------	------------------------	--	--

390349

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00379994065284280	9-Plano POS REDE PRESTADORA
13-Nome BERNARDA RAMOS DE SOUSA	10-Empresa ELIDIANA RAMOS DE
11-Dia Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /	
14-Telefone () -	
15-Nome do titular do plano ELIDIANA RAMOS DE SOUSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MASCARO CATELAN
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 055192431735	22-Nome do Contratado Executante JULIANA MASCARO CATELAN
23-Nome do Profissional Executante JULIANA MASCARO CATELAN	24-UF RJ
25-Código CBO S 43052	26-Código CBO S 43052
27-Número no CRO 43052	28-UF RJ
29-Código CBO S 43052	30-Código CBO S 43052

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denteflexão	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Mês/Ano da Guia	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VP	1	88,00	0,00	26,40	508,40	2012	10/10	5585
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VP	1	88,00	0,00	26,40	508,40	2012	10/10	5585
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-Dia Pagamento Termino do Tratamento 08/10/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Ligadura Elástica	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantiasse US 117,60	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 54,80
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

49-Observação

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(a) procedimento(s) descrito(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, do profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/2012 Juliana	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2012 Juliana N.	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2012	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 08/11/2012
--	---	--	--

N. catelan

catelan

*Bernarda Ramos de SOUSA CLINICA ODONTOLÓGICA EIRELI