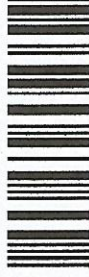




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 00:12:01	4-Data de Autorização 22/07/11 00:12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201557	7-Data Validade da Senha 12/04/11 00:12:01	8-40685
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 1010137101000000141570161211	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde 700800912109782	
13-Nome THIAGO GUIMARAES DE CARVALHO S						
14-Telefone ()						
15-Nome do titular do plano THIAGO GUIMARAES DE CARVALHO S						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
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	Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10151191214371315	22-Nome do Contratado Executante JULIANA MASCARO CATELAN		23-Número no CRO 43052	24-UF RJ	25-Código ONES	
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 1-010181010000065	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 34,00
37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 10,20	39-Aut S	40-Data de Realização 22/07/11 00:12:01	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura		
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Previsto Término do Tratamento 22/07/11 00:12:01	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,20	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acito 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 22/07/11 00:12:01, Juliana M. Mascaro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/07/11 00:12:01, Juliana M. Mascaro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/07/11 00:12:01, Thiago Guimarães de Carvalho S	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/07/11 00:12:01, Rio
--	--	--	---

M. CATELAN CLÍNICA ODONTOLÓGICA EIRELI

CNPJ: 30.995.270/0001-40