



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



2083060

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/8/10/12/4	4-Data de AutORIZAÇÃO 12/8/10/12/4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13139007	7-Data Validade da Senha 12/6/10/11/2/5
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 01012012510154119691010114112011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MOUNT HERMON	11-Data Validade da Carteira 12/6/10/11/2/5	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIELE QUEIROZ DA SILVA	13/04/1989	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano DANIELE QUEIROZ DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS AUGUSTO VIEIRA DE OLIVEIRA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 112141512141101011014	22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA MEGA DENTE LTDA
26-Nome do Profissional Executante CARLOS AUGUSTO VIEIRA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 39393
18-Número no CRO 39393	19-UF RJ
23-Número no CRO 39393	24-UF RJ
25-Código CNES 6776191	29-Código CBO B
Faturar Empresa	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0101811010101301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	22/11/2014		AB
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dias Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	

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) 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, complementando-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/8/10/12/4	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/10/12/4	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/8/10/12/4	53-Data, local e Carimbo da Empresa CLINICA ODONTOLÓGICA MEGA DENTE LTD
---	---	---	--

CNPJ: 12.455.214 / 0001-04