Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 2204287

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 10/02/25	4-Data de Autorização: 27/02/25	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 13515574	7-Data Validade da Senha: 11/05/25

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0 9 7 2 0 2 2 5 7 0 4 0 0 0 2 7 7	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: CLUBE NAVAL	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: EVERTHE CHRIS CANDIDO BARROSO 23/12/1977		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: EVERTHE CHRIS CANDIDO BARROSO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: CARLOS AUGUSTO VIEIRA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO: 39393	19-UF: RJ	20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 1 2 4 5 5 2 4 1 0 0 0 1 0 4	22-Nome do Contratado Executante: CLINICA ODONTOLOGICA MEGA DENTE LTDA	23-Número no CRO: 39393	24-UF: RJ	25-Código CNES: 6776191
26-Nome do Profissional Executante: CARLOS AUGUSTO VIEIRA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO: 39393	28-UF: RJ	29-Código CBO S:

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 Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/02/25		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	M	1	61,00	0,00		S	27/02/25		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	V	1	61,00	0,00		S	27/02/25		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00			/ /		
5							,	,			/ /		
6							,	,			/ /		
7							,	,			/ /		
8							,	,			/ /		
9							,	,			/ /		
10							,	,			/ /		
11							,	,			/ /		
12							,	,			/ /		
13							,	,			/ /		
14							,	,			/ /		
15							,	,			/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 300,00	47-Valor Total R$: 0,00
				48-Total Franquia / Co-participação R$: ,

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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 27/02/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 27/02/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 27/02/25 x Everthe Chris Candido Barroso	53-Data, local e Carimbo da Empresa: 27/02/25 CLINICA ODONTOLOGICA MEGA DENTE LTDA CNPJ: 12.455.214 / 0001-04