



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



2556307

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/11/11/215	4-Data de Autuação 12/5/11/11/215	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14651282	7-Data Validade da Senha 12/4/10/11/216
8-Número da Carteira 10917210114671100046331					
9-Nome do Beneficiário DAINA DA SILVA SANTOS					
10-Plano POS REDE PRESTADORA					
11-Data Validade da Carteira 25/08/1985					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento DANAI DA SILVA SANTOS					
14-Teléfono ()					
15-Nome do Titular do plano DAINA DA SILVA SANTOS					
16-Alimentação a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS AUGUSTO VIEIRA DE OLIVEIRA					
18-Número no CRO 39393					
19-UF RJ					
20-Código CBO 8					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1121455121411010011014					
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 8					
Faturar Empresa					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DentistaRegião	34-Faca	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-FranquiaCo-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	010181100100301	CONSULTA ODONTOLOGICA				34,10,10	10,10,10			12/4/10/11/215		
2	10101815301010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				11,14,14,10,10	10,10,10			12/4/10/11/215		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data 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-Ortodomia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1178,10,10	10,10,10								

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 12/4/10/11/215	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/4/10/11/215	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/4/10/11/215	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/4/10/11/215
---	---	---	--

CNPJ: 12.455.714 / 0001-07

DATA SILVA SANTOS