



1-Registro ANS 406414	3-Datas de Emissão da Guia 10/4/01/1/2/5	4-Datas de Autorização 10/6/01/1/2/5	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13361225	7-Data Validade da Serinha 10/4/01/4/2/5
--------------------------	---	---	-------------------------	--	---

8-Número da Carteira	0 0 1 2 0 2 5 0 5 5 0 6 1 1 0 0 0 2 6 6 0 1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	NACIONAL SAUDE
11-Dia Validade da Carteira	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome	EVELINE ROCHA DE FREITAS
14-Telefone	08/02/1988
15-Nome do titular do plano	EVELINE ROCHA DE FREITAS

16-Endereço e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS AUGUSTO VIEIRA DE OLIVEIRA	18-Numero no CRO 39393	19-Uf RJ	20-Código CBO 6
-----------------------	---	----------------------------------	--------------------	-----------------

Faturar Empresa

27-Código no Operador / CNPJ / CPF	1 2 4 5 5 2 4 1 1 0 0 0 1 0 4	22-Nome do Contratado Exatante	CLINICA ODONTOLOGICA MEGA DENTE LTDA	
27-Número no CRO	39393	22-UF	RJ	25-Código CNEB
27-Número no CRO	39393	22-UF	RJ	25-Código CBO B
25-Nome do Profissional Exatante				
CARLOS AUGUSTO VIEIRA DE OLIVEIRA				

Plano de Tratamento / Propósitos Solicitados	
31- Tabela	32- Descrição
33- Código do Procedimento	34- Dente/Região
35- Freq.	36- Qtd
37- Valor	38- Quantidade US
39- Aut.	40- Data de Realização
41- Motivo do Ciso	42- Assinatura

[illegible]

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(ram) 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.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	17/01/2015
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	17/01/2015
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	17/01/2015
53-Dia, local e Carimbo de Empresa	17/01/2015

CLÍNICA ODONTOLÓGICA MEGA DENTE LTDA

CNPJ: 12.455.214 / 0001-04