

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

354588

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/08 12:01	5-Semba AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182960	7-Data Validade da Semba 10/9/11 11/12/01
--------------------------	---	-----------------------	--	--

13-Nome LUIS CLAUDIO DE MENEZES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 708205175479340
14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano LUIS CLAUDIO DE MENEZES	

16-Tendimentos a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA	18-Número no CRO 41376	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / C-IF 1145133385788	22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA	23-Número no CRO 41376	24-UF RJ	25-Código CUES
26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA	27-Número no CRO 41376	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente / Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Mês	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	01	0,00		11/11/08	
2	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	01	0,00		11/11/08	
3	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	01	0,00		11/11/08	
4	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	01	0,00		11/11/08	
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista 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\$
			140,00	0,00	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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. De-larar, ainda que c(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e da 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 11/11/08 12:01 Juliana C. de Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/08 12:01 Juliana C. de Silva	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 11/11/08 12:01 Juliana C. de Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/08 12:01 Juliana C. de Silva	54-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 11/11/08 12:01 Juliana C. de Silva
---------------	---	---	---	---	---