

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

354581

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/11/08 11/20J	3-Data de Autorização 11/11/08 11/20J	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50182959	6-Data Validação da Guia 10/9/11 11/20J
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira 000370000032001862	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa LUIS CLAUDIO DE ME	10-Data Validação da Carteira 11/11/11	11-Número do Cartão Nacional de Saúde 708205175479340
12-Nome LUIS CLAUDIO DE MENEZES	13-Data 30/04/1978	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUIS CLAUDIO DE MENEZES	

Dados do Contratado Resumidos pelo Tratamento

16-Atendimento 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-DF 1145331385788	22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA	23-Número no CRO 41376	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA	27-Número no CRO 41376	28-UF RJ	29-Código CBO S	Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Idade 10081000030	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 34000	37-Valor 000	38-Franquia/Co-participação R\$ 000	39-Aut S	40-Data de Realização 11/11/08 11/20J	41-Mulho da Classe 42-Participação 11/11/08 11/20J			
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantitativa US 34000	47-Valor Total R\$ 000	48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 000
--	--	---	-----------------------------------	---------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometo-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 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 no contrato.

49-Observações

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/08 11/20 Juliana C. de Silva	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/08 11/20 Juliana C. de Silva	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/08 11/20 Luis. Menezes	53-Data local e Carimbo da Empresa 11/11/08 11/20 Juliana C. de Silva	54-Data local e Carimbo da Empresa 11/11/08 11/20 Juliana C. de Silva	55-Data local e Carimbo da Empresa 11/11/08 11/20 Juliana C. de Silva
--	--	--	--	--	--

Dra. Juliana Costa
Cirurgião-Dentista
CRD: 41376