

lfe

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/8/11 10/12/14	4-Data de Autorização 12/8/11 10/12/14	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13137958	7-Data Validade da Senha 12/6/11 01/12/15
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

2082995

8-Número da Carteira 010121021511161917191210101010110111		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIELSON FLEURY DA SILVA		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do Plano DANIELSON FLEURY DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN CARLOS AUGUSTO VIEIRA DE OLIVEIRA		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS AUGUSTO VIEIRA DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 39393		19-UF RJ		20-Código CBO S		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1121415151214110101011014		22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA 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		30-Valor R\$		31-Valor R\$		32-Valor R\$		33-Valor R\$		34-Valor R\$	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Sinalizador
1-0101811010101310		CONSULTA ODONTOLÓGICA		11		3141010		01010		12/8/11 01/12/14		
2-0101811010101310												
3-0101811010101310												
4-0101811010101310												
5-0101811010101310												
6-0101811010101310												
7-0101811010101310												
8-0101811010101310												
9-0101811010101310												
10-0101811010101310												
11-0101811010101310												
12-0101811010101310												
13-0101811010101310												
14-0101811010101310												
15-0101811010101310												
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\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3141010	101010								

Decisão, 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. Decido, 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 12/8/11 01/12/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/11 01/12/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/8/11 01/12/14	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/8/11 01/12/14 CLINICA ODONTOLÓGICA MEGA DENTE LTDA
---	---	---	--

CNPJ: 12.455.214 / 0001-04