

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº

2556307

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/11/12/5	4-Data de Autorização 12/5/11/12/5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 14651282	7-Data Validade da Senha 12/4/10/11/2/6								
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 10/9/7/2/10/11/4/6/7/10/0/0/4/6/3/3	9-Plano POS REDE PRESTADORA												
13-Nome DAINA DA SILVA SANTOS													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS AUGUSTO VIEIRA DE OLIVEIRA												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11/2/4/5/5/2/4/1/0/0/0/1/0/4	22-Nome do Contratado Executante CLÍNICA ODONTOLÓGICA MEGA DENTE LTDA												
26-Nome do Profissional Executante CARLOS AUGUSTO VIEIRA DE OLIVEIRA													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Teoria 31-Código do Procedimento 1-00081000030 2-000815300047 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	33-Dentista/Região 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	34-Face 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	35-Qtd 3 4 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	36-Quantidade US 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	37-Valor 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00	38-Franquias-co-participação R\$ 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5	39-Aut 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5	40-Data de Realização 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5	41-Motivo da Guia 42-Assinatura 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5 512411/12/5			
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11						44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência 1-Total 2-Parcial 111781001	45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial 111781001	46-Total Quantidade US 111781001	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia Co-participação R\$ 10,00			
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.													
49-Observação													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/11/12/5											51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/11/12/5	52-Data, local e Assinatura do Generalista / Responsável 12/11/11/12/5	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/11/12/5

vda SIVA SANTOS

CLÍNICA ODONTOLÓGICA MEGA DENTE

CNPJ: 12.455.214 / 0001-04