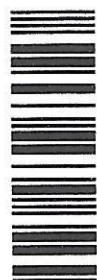


Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



2138372

1-Registro AINS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/01/12/14		4-Data de Autorização 11/12/12/14		5-Senha AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 13313493		7-Data Validade da Senha 11/01/03/15	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 101012012511174811010101011011											
9-Plano POS REDE PRESTADORA											
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA											
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11											
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome PAMELA DUARTE GOMES											
17/03/1993											
14-Telefone () - - - - -											
15-Nome do titular do plano PAMELA DUARTE GOMES											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Adoção a RN CARLOS AUGUSTO VIEIRA DE OLIVEIRA											
17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS AUGUSTO VIEIRA DE OLIVEIRA											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 112141512141101011014											
22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA MEGA DENTE LTDA											
23-Número no CRO 39393											
24-UF RJ											
25-Código CBO 8 6776191											
26-Enviar - RX (I) 88100200											
27-Número no CRO 39393											
28-UF RJ											
29-Código CBO 8											
25-Nome do Profissional Executante CARLOS AUGUSTO VIEIRA DE OLIVEIRA											
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado											
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1101018151101021010											
32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA											
33-Dente/Região 22											
34-Face 1P											
35-Cid 1											
36-Quantidade US 8181010											
37-Valor 0101010											
38-Franquia/Coparticipação R\$ 51131121214											
39-Aut 40-Data de Realização 11/13/12/14											
41-Motivo da Guia 42-Assinatura											
43-Data Previsto Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Citodentia 4-Urgência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial											
46-Total Quantidade US 18181010											
47-Valor Total R\$ 0101010											
48-Total Franquia / Coparticipação R\$											
49-Observação											

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) 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/13/12/14

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/13/12/14

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/13/12/14

53-Data, local e Cópia da Empresa
11/13/12/14

CLINICA ODONTOLÓGICA MEGA DENTE LTDA

CNPJ: 12.455.214 / 0001-04