

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



317445

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2010	4-Data de Autorização 05/06/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7597873	7-Data Validade da Senha 25/08/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601737701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ARIANA DE SOUZA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ARIANA DE SOUZA
----------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DJAMARA RIOS SANTOS	18-Número no CRO 84656	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04632748650	22-Nome do Contratado Executante DJAMARA RIOS SANTOS	23-Número no CRO 84656	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DJAMARA RIOS SANTOS	27-Número no CRO 84656	28-UF SP	29-Código CBO S	

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	05/06/2010		
2.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	05/06/2010		
3.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	05/06/2010		
4.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	05/06/2010		
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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/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 05/06/2010 Jamara Rios	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/06/2010 Jamara Rios	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 05/06/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/06/2010
---	---	---	---

Jamara Rios Santos
CBO SP: 84656