

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4P



404988/

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/01/2012	3-Data de Autorização 12/01/2012	4-Serão AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7995929	6-Data Validação da Guia 12/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário:		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira: 0002025326593000001003					
13-Nome LUZIA PINEDA		14-Telefone 23/02/1970	15-Nome do titular do plano GIOVANA PINEDA PRADO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:		16-Atendimento à RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA STORER PAVILHAO	18-Número no CRO 136828	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Carteira / CNPJ / CPF 147011506807		22-Nome do Contratado Executante GABRIELA STORER PAVILHAO		23-Número no CRO 136828	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA STORER PAVILHAO		27-Número no CRO 136828		28-UF SP	29-Código CBO S	

Faturar Empresa
Enviar - RX
(R) 81000421-

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			26/10/2012		Luzia
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			26/10/2012		Luzia
3	0081000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			26/10/2012		Luzia
4	0081000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			26/10/2012		Luzia
5	0081000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			26/10/2012		Luzia
6	0081000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			26/10/2012		Luzia
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 188,00	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 30/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 30/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/2012
---	---	---	---

Gabriela Storer Pavilhão
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 136828