

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3 AP



422077 /

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011	4-Data de Autorização 12/31/11	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8066075	7-Data Válida da Serção 11/02/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202510550600842802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LETICIA ALVES LUSSIETTO		14-Telefone 27/04/1996 (11) 9202-3895	15-Abono do titular do plano MARCIA REGINA LUSSIETTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA STORER PAVILHAO	18-Número no CRO 136828	19-UF SP	20-Código CBO S	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4710115066807	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA STORER PAVILHAO	23-Número no CRO 136828	24-UF SP	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA STORER PAVILHAO		27-Número no CRO 136828	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Metro da Gloriosa	42-Assinatura
1	00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/01/2011	20	
2	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00		S	11/01/2011	20	
3	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/01/2011	20	
4	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/01/2011	20	
5	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/01/2011	20	
6	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/01/2011	20	
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 123,50	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 no 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