

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



410512

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão do Guia 03/11/2012	3-Data de Autorização 04/11/2012	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Protocol 8018561	6-Código de Barras 01101211211
8-Nome do Beneficiário INGRID CRISTINA MENDES DA ROSA		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Entrada DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/12	12-Número do Cartão Inscrição de Saúde
13-Data 15/11/1995		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano INGRID CRISTINA MENDES DA ROSA		
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento N GABRIELA STORER PAVILHAO		18-Número no CRO 136828	19-UF SP	25-Código CBO S	
21-Código na Carteira - CBO - CIP 4170115068610711		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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Guisa	42-Assinatura
1	0101851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	61100	0100	FFS100112120				
2	0101851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61100	0100	FFS100112120				
3	0101851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61100	0100	FFS100112120				
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento
11/11/12

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
18300

47-Valor Total R\$
0000

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0000

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

03/11/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

03/11/2012

GABRIELA STORER PAVILHAO

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

03/11/2012

INGRID CRISTINA MENDES DA ROSA

53-Data, local e Carimbo da Empresa

03/11/2012

GABRIELA STORER PAVILHAO

Cirurgiã Dentista

CRO/SP 136828