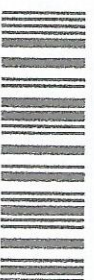


Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



615580

1-Registro ANS 408414	3-Dado de Emissão da Guia 11/02/2011	4-Dado de Autorização 11/02/2011	5-Santa CONCLUÍDO	6-Número da Guia 8799982	7-Dado Validado da Guia 11/02/2011
8-Número da Carteira 000202518650400005303			9-Finco POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO DE LIVRE	11-Dado Validado da Carteira 11/02/2011
12-Nome LETICIA BARROS CARPES DA SILVA			20/11/2004	14-Telefone ()	15-Nome no Retirar do plano FABIANA CRISTINA BARROS CARPES GOIS DOS
16-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 6-Atendimento a RV N			17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA PEDROSO HUPPES	18-Número no CRO 130221	19-UF SP
20-Código na Operação (CNPJ, CPF) 4582324829			21-Nome do Contratado Executante CAMILA PEDROSO HUPPES	22-Número no CRO 130221	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante CAMILA PEDROSO HUPPES			27-Número no CRO 130221	28-UF SP	29-Código CBO S
Plano de Tratamento e Procedimentos Solicitados					

Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Dtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Alíq	40>Data em Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	81000030										
2-0	0	85100196										
3-0	0	85100196										
4-0	0	85100196										
5-0	0	85100196										
6-0	0	85100196										
7-0	0	85100196										
8-0	0	85100196										
9-0	0	85100196										
10-0	0	85100196										
11-0	0	85100196										
12-0	0	85100196										
13-0	0	85100196										
14-0	0	85100196										
15-0	0	85100196										
16-0	0	85100196										
17-0	0	85100196										
18-0	0	85100196										
19-0	0	85100196										
20-0	0	85100196										
21-0	0	85100196										
22-0	0	85100196										
23-0	0	85100196										
24-0	0	85100196										
25-0	0	85100196										
26-0	0	85100196										
27-0	0	85100196										
28-0	0	85100196										
29-0	0	85100196										
30-0	0	85100196										
31-0	0	85100196										
32-0	0	85100196										
33-0	0	85100196										
34-0	0	85100196										
35-0	0	85100196										
36-0	0	85100196										
37-0	0	85100196										
38-0	0	85100196										
39-0	0	85100196										
40-0	0	85100196										
41-0	0	85100196										
42-0	0	85100196										
43-0	0	85100196										
44-0	0	85100196										
45-0	0	85100196										
46-0	0	85100196										
47-0	0	85100196										
48-0	0	85100196										
49-0	0	85100196										
50-0	0	85100196										
51-0	0	85100196										
52-0	0	85100196										
53-0	0	85100196										
54-0	0	85100196										
55-0	0	85100196										
56-0	0	85100196										
57-0	0	85100196										
58-0	0	85100196										
59-0	0	85100196										
60-0	0	85100196										
61-0	0	85100196										
62-0	0	85100196										
63-0	0	85100196										
64-0	0	85100196										
65-0	0	85100196										
66-0	0	85100196										
67-0	0	85100196										
68-0	0	85100196										
69-0	0	85100196										
70-0	0	85100196										
71-0	0	85100196										
72-0	0	85100196										
73-0	0	85100196										
74-0	0	85100196										
75-0	0	85100196										
76-0	0	85100196										
77-0	0	85100196										
78-0	0	85100196										
79-0	0	85100196										
80-0	0	85100196										
81-0	0	85100196										
82-0	0	85100196										
83-0	0	85100196										
84-0	0	85100196										
85-0	0	85100196										
86-0	0	85100196										
87-0	0	85100196										
88-0	0	85100196										
89-0	0	85100196										
90-0	0	85100196										
91-0	0	85100196										
92-0	0	85100196										
93-0	0	85100196										
94-0	0	85100196										
95-0	0	85100196										
96-0	0	85100196										
97-0	0	85100196										
98-0	0	85100196										
99-0	0	85100196										
100-0	0	85100196										

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 este procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e da 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.

43-Operação

50-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/04/2011	51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/04/2011	52-Dado local e Assinatura do Beneficiário ou Representante 13/04/2011	53-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/04/2011
--	--	---	--

Dra. Camilla P. Huppel
CIRURGIÁ DENTISTIA
CRO SP 130.221