Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 618049

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/21	27/07/21	CONCLUÍDO	8807842	11/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025186504000053033	POS REDE PRESTADORA	COOP DE CREDITO DE LIVRE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LETICIA BARROS CARPES DA SILVA 20/11/2004	( ) -	FABIANA CRISTINA BARROS CARPES GOIS DOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CAMILA PEDROSO HUPPES	130221	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
458283248229	CAMILA PEDROSO HUPPES	130221	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CAMILA PEDROSO HUPPES	130221	SP	

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	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 Glosa	42-Assinatura
1-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/08/21		Fabiana
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	01/08/21		Fabiana
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/08/21		Fabiana
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/08/21		Fabiana
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10-											/ /		
11-											/ /		
12-											/ /		
13-											/ /		
14-											/ /		
15-											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
27/07/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	140,00	0,00	

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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
27/07/21 Camila P. Huppes	27/07/21 Camila P. Huppes	27/07/21 Fabiana	27/07/21

Dra. Camila P. Huppes
CIRURGIÃ DENTISTA
CRO-SP 130.221