

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



392007

7-Código de Verificação de Série
015110111211

1-Registro ANS 406414 5-Data de Emissão da Guia 10/17/11 6-Data de Autorização 11/15/11 7-Serão AUTORIZADO 8-Número da Guia Principal 7942502

9-Número do Beneficiário 10-0-2-0-2-5-3-0-6-1-6-3-0-0-0-0-1-0-1-1-1 11-Plano POS REDE PRESTADORA 12-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 13-Data Validade da Carteira 14-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do Beneficiário SARA SABINO AUGUSTO 16-Data de Nascimento 25/02/1998 17-Telefone (11) 18-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento GABRIELA STORER PAVILHAO 19-Atendimento a RN N 20-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA STORER PAVILHAO 21-Número no CRO 136828 22-UF SP 23-Código CBO 5 Faturar Empresa 24-Número no CRO 136828 25-UF SP 26-Código CNES 27-Número no CRO 136828 28-UF SP 29-Código CBO 5

30-Nome do Profissional Executante GABRIELA STORER PAVILHAO

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010181010101301	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34	01010			10/17/11		SARA
2												
3												
4												
5												
6												
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 34100 47-Valor Total R\$ 01010 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 10/17/11/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/17/11/2011 Gabriela Storer Pavilhão

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/17/11/2011 SARA SABINO

53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/17/11/2011 Gabriela Storer Pavilhão Cirurgiã Dentista CRO/SP 136828