

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



422617/

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/9/11/11/20	4-Data de Autorização 21/6/11/11/20	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8068116	7-Data Validade da Serha 11/7/10/21/21
8-Número da Carteira 0002025105506003389011					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Nome MARIA ROSELI BAGNOLO		13-Data 29/10/1964		14-Telefone (119) 3702-01879	
15-Nome do titular do plano MARIA ROSELI BAGNOLO					
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	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 470115066807		22-Nome do Contratado Executante GABRIELA STORER PAVILHAO		23-Número no CRO 136828	
24-UF SP		25-Código CNES		26-Código CBO S	
27-Nome do Profissional Executante GABRIELA STORER PAVILHAO					
28-UF SP					
29-Código CBO S					

Faturar Empresa

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	00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0000	0000	0000	11/11/20		Storer
2	000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3500	0000	0000	0000	11/11/20		Storer
3	000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3500	0000	0000	0000	11/11/20		Storer
4	000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3500	0000	0000	0000	11/11/20		Storer
5	000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3500	0000	0000	0000	11/11/20		Storer
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 17400	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Gabiela Storer Pavilhão	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa Gabiela Storer Pavilhão Cirurgiã Dentista CRO/SP 136828
--	--	--	--