Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP 400302

1-Registro ANS: 4[illegible]
3-Data de Emissão da Guia: 20/10/20
4-Data de Autorização: 22/10/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7976618
7-Data Validade da Senha: 18/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025203440307001
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: MAQUINAS AGRICOLAS JACTO S A
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: VALERIANA CRISTINA AUGUSTO 18/06/1988
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: VALERIANA CRISTINA AUGUSTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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:

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 47015068807
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:

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	00,00		S	22/10/20		[illegible]
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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: 340

47-Valor Total R$: 00,00

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: 22/10/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 22/10/20 Gabriela Storer Pavilhão

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 22/10/20 Valeriana

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 22/10/20

Gabriela Storer Pavilhão
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 136828