

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 5/12/2 4-Data de Autorização 12/3/10 5/12/2 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9934573 7-Data Validade da Senha 12/1/08/12/2

992753

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511050601737701 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ARIANA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DJAMARA RIOS SANTOS 18-Número no CRO 84656 19-UF SP 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04632748650 22-Nome do Contratado Executante DJAMARA RIOS SANTOS 23-Número no CRO 84656 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DJAMARA RIOS SANTOS 27-Número no CRO 84656 28-UF SP 29-Código CBO S

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	0811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00						
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						
6-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
16-00												
17-00												
18-00												
19-00												
20-00												
21-00												
22-00												
23-00												
24-00												
25-00												
26-00												
27-00												
28-00												
29-00												
30-00												
31-00												
32-00												
33-00												
34-00												
35-00												
36-00												
37-00												
38-00												
39-00												
40-00												
41-00												
42-00												
43-00												
44-00												
45-00												
46-00												
47-00												
48-00												
49-00												

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 Cartão da Empresa

Drª Djamara Rios Santos

719150-84656