

Odontolife

BRUNO FERRAZ PARA SOUZA SOUZA

kauf

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

304

kauf

2-AR



1-Registro AAMS
406414

3-Data de Emissão da Guia
04/01/2022

4-Data de Autorização
04/01/2022

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9436856

7-Data Validade da Senha
04/04/2022

828641
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202510550601138802

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
/ /

13-Nome
EMILIA DE OLIVEIRA SILVA

05/01/1952

14-Telefone
(11) 29831376

15-Nome do titular do plano
PAULO EDUARDO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
IRAMARA FELIX PIRES

18-Número no CRO
72296

19-UF
SP

20-Código CBO S
/ /

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
24719336884

22-Nome do Contratado Executante
IRAMARA FELIX PIRES

23-Número no CRO
72296

24-UF
SP

25-Código CNES
/ /

Enviar - RX
(1) 85100200
(1) 85100218

26-Nome do Profissional Executante
IRAMARA FELIX PIRES

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 Guia	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	PM	1	88,00	0,00		S	02/02/2022	2022	
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	D	1	61,00	0,00		S	02/02/2022	2022	
3-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OVL	1	122,00	0,00		S	02/02/2022	2022	
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Realizado Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
02/02/22	1-Tratamento Odontológico	1-Total	271,00	0,00								

FOTO INIC / FINAL
OU
RX INIC / FINAL

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 Beneficiário / Responsável
02/02/22
Dra. Iramara Felix Pires
CRO-SP 72296

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
02/02/22
Dra. Iramara Felix Pires
CRO-SP 72296

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
02/02/22
Dra. Iramara Felix Pires
CRO-SP 72296