

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3.1P



417881

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (1/2/11/1/2/0)	4-Data de Autorização (1/7/11/1/2/0)	5-Beneficiário AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8048363	7-Carga tributária da Receita (1/0/1/0/2/1/2/1)
8-Endereço do Beneficiário (0/0/2/0/2/5/1/0/5/0/6/0/1/0/6/5/7/0/1/1)		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira (1/1/1/1/1)	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCIA BENEDITA BALDINI			14-Telefone 30/01/1964 (1/9) 13/03/31/03/2/0	15-Nome do Sólido do plano MARCIA BENEDITA BALDINI	
16-Adesão ao Tratamento N			17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA STORER PAVILHAO	18-Número no CRO 136828	19-UF SP
21-Código na Operação - CNPJ - CPF (4/7/0/1/5/0/6/6/8/0/7/1/1/1)			22-Nome do Contratado Executante GABRIELA STORER PAVILHAO	23-Número no CRO 136828	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante GABRIELA STORER PAVILHAO			26-UF SP	27-Número no CRO 136828	28-Código CBO S

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81005421-
(1) 81005421-

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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Solic. 42-Aux
1	0/0/8/1/0/0/0/0/3/0	CONSULTA ODONTOLÓGICA				13/4/0/0	0/0/0/0			04/12/2011	
2	0/0/8/1/0/0/0/0/4/2/1	RX PERIAPICAL	RMIE		1	1/4/0/0	0/0/0/0			04/12/2011	
3	0/0/8/1/0/0/0/0/4/2/1	RX PERIAPICAL	RPSD		1	1/4/0/0	0/0/0/0			04/12/2011	
4	0/0/8/4/0/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3/5/0/0	0/0/0/0			04/12/2011	
5	0/0/8/4/0/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3/5/0/0	0/0/0/0			04/12/2011	
6	0/0/8/4/0/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3/5/0/0	0/0/0/0			04/12/2011	
7	0/0/8/4/0/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3/5/0/0	0/0/0/0			04/12/2011	
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento (1/1/1/1/1)	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Tota 2-Parcial	46-Total Quantidade US (1/2/0/2/0/0/0)	47-Valor Total R\$ (1/0/0/0/0)	48-Total Franquia / Co-pa
---	--	--	---	-----------------------------------	---------------------------

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 o contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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, 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 Solitante (1/1/1/1/1)	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Gabriela Storer Pavilhão	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Marcia Benedita Baldini	53-Data, local e Carimbo da Empresa Gabriela Storer Pavilhão Cirurgiã Dentista CRO/SP 136828
---------------	--	---	--	---