

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4x



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/06/2013	4-Data de Autorização 03/07/2013	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11344700	7-Data Validade da Série 17/09/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

1495467

8-Número da Carteira 00202510550602157403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	--

13-Nome MARCOS MORAES FILHO		14-Teléfono () -	15-Data Validade do Plano / /	16-Nome do titular do plano LUCIANA NASCIMENTO DE SOUZA
17-Endereço do Contratado / Responsável pelo Tratamento 16/07/1973	18-Endereço do Profissional Solicitante GIOVANA RAIMONDI MATHIAS	19-UF SP	20-Código CBO S SP	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4575264865
22-Nome do Contratado Exocliente GIOVANA RAIMONDI MATHIAS	23-Número no CRO 90675	24-UF SP	25-Código CBO S 90675	26-Código CNEB SP

35-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196		L	1	61,00	0,00			03/07/2013		11/11/14
2	00	85100196		V	1	61,00	0,00			03/07/2013		11/11/14
3		RESTAURAÇÃO RESINA										
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Pagamento / Término do Tratamento 03/07/2013	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Estima Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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), tiveram 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, cumprindo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/07/2013 Jm Fios	61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/07/2013 Jm Fios	62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/07/2013 x MFM	63-Data, local e Carimbo da Empresa 03/07/2013
---	---	---	---

CR0-SP 90675