

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3.4P



402706

1-Registro ABO 408414	2-Data de Emissão da Guia 22/11/2012	3-Data de Autorização 22/11/2012	4-Serina AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7986744	6-Data Validade da Guia 20/11/2012
8-Número da Carteira 0020225203443000010702		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 EVERTON SANTOS PEREIRA		14-Teléfono 02/02/1984	15-Nome do titular do plano VALERIANA CRISTINA AUGUSTO		
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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 470115056807		22-Nome do Contratado Evidente GABRIELA STORER PAVILHAO	23-Número no CRO 136828	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Escutante GABRIELA STORER PAVILHAO		27-Número no CRO 136828	28-UF SP	29-Código CBO S	

Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			22/11/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoodonto 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 22/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/2012 Gabriela Storer Pavilhão	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/2012 Valeriana Cristina Augusto	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/11/2012	Gabriela Storer Pavilhão Cirurgiã Dentista CRO/SP 136828
---	--	--	---	--