

Odontolife Ed.

244

Andri H

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 26/10/11 22 4-Data de Autorização 26/10/11 22 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9512959 7-Data Validade da Sentença 26/10/14 22

854269 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202510550600741101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CRISTIANE SANTOS QUEIROZ 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano CRISTIANE SANTOS QUEIROZ

16-Atendimento a RV 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 22-Nome do Contratado Executante IRAMARA FELIX PIRES 23-Número no CRO 72296 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante IRAMARA FELIX PIRES 27-Número no CRO 72296 28-UF SP 29-Código CBO S

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-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00		S	22/10/11	22	<i>[Assinatura]</i>
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00		S	22/10/11	22	<i>[Assinatura]</i>
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00		S	22/10/11	22	<i>[Assinatura]</i>
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00		S	22/10/11	22	<i>[Assinatura]</i>
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Recebido Termino do Tratamento 22/10/11 44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 144,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os riscos, benefícios 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) de tratamento(s) acima descrito(s), foram realizados com meu consentimento, e autorizo a Operadora a pagar em minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.

49-Observação: DR. Iramara Felix Pires, Cirurgião Dentista, CRO-SP 72296

50-Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/11 51-Local e Assinatura do Profissional 22/10/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/11 53-Data, local e Cartão da Empresa