

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



597445

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/21	4-Data de Autuação 30/06/21	5-Situação CONCLUIDO	6-Número da Guia Principal 8741205	7-Data Validade da Guia 22/09/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 010202518650400007201	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa COOP DE CREDITO DE LIVRE		
13-Nome MARIANA MIRANDA DA SILVA		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano MARIANA MIRANDA DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA PEDROSO HUPPES		18-Número no CRO 130221	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45828324829		22-Nome do Contratado Exatidão CAMILA PEDROSO HUPPES		23-Número no CRO 130221	
26-Nome do Profissional Exatidão CAMILA PEDROSO HUPPES		27-Número no CRO 130221		28-UF SP	
Faturar Empresa					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-De Regiao	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Condição de Pagamento R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Carga	42-Autorização
1-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		3,600	0,00		S	01/07/21		Mariane
2-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		3,600	0,00		S	01/07/21		Mariane
3-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		3,600	0,00		S	01/07/21		Mariane
4-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		3,600	0,00		S	01/07/21		Mariane
5-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	6,100	0,00		S	01/07/21		Mariane
6-010												
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												
43-Data Prevista Término do Tratamento 01/01/21	44-ano de Atendimento 1	45-ano de Atendimento 1	46-Total Quantidade US 205,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0,00	49-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0,00	50-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0,00	51-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0,00	52-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0,00	53-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0,00	54-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0,00	55-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0,00

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 (se) procedimentar(s) acima, e por mim assinado(s), não foram realizado(s) ou foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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.

43-Operação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
01/07/21
Camila P. Huppel

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/07/21
Mariane

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/07/21
Mariane

53-Data, local e Cartão da Empresa
01/07/21

Dr(a) Camila P. Huppel
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO-SP 130.221