



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

351735
INTERCAMBIO

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/20	4-Data de Autorização 11/08/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7763678	7-Data Validade da Guia 03/11/20
8-Número da Carteira 0020252034430002901			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MAQUINAS AGRICOLAS JACTO S A	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ADEMIR DE SOUZA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADEMIR DE SOUZA SILVA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	18-Número no CRO 32953	19-UF SP	20-Código CBO S 025
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09578562888		22-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	23-Número no CRO 32953	24-UF SP	25-Código CHES Envio - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		27-Número no CRO 32953	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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	P	1	61,00	0,00		S	11/08/2020	
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OD	1	88,00	0,00		S	11/08/2020	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 149,00	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 no 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 assine 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 11/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/20	Dr. Miguel A. Pavilhão Cirurgião Dentista CROSP 32953
---	---	---	---	---