

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



354266

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/20	4-Data de Autorização 15/08/20	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7775303	7-Data Validação de Será 08/11/20
8-Admissão da Carteira 00202510550600960701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ZORAIDE DE OLIVEIRA DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Data de Início do Plano 18/10/1980	16-Data de Término do Plano / /	17-Data de Validade da Guia / /	18-Data de Validade da Guia / /
19-Atendimento a RV N	20-Atendimento a RV MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09578562888	22-Data do Contrato / /	23-Data do Contrato / /	24-Data do Contrato / /
25-Atividade do Profissional MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	26-Atividade do Profissional MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	27-Atividade do Profissional MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	28-Atividade do Profissional MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	29-Atividade do Profissional MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	30-Atividade do Profissional MIGUEL ARCANJO PAVILHAO

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000421-RPIE

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cl	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-0081000421		RX PERIAPICAL	RPIE	1	14	00	00	00	S	04/11/19		
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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1400	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Frância / 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, o referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
DATA CONCORDADA ANTES DOIS PROCEDIMENTO JA FOI FEITO E FOI ENTREGUADA GUIA ANTERIOR.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/19	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/19	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/19	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/19	54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente Dr. Miguel A. Pavilhão Cirurgião Dentista CROSP 32953
---	---	---	---	---