

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º NF



416725

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/11/20	3-Data de Autorização 19/11/20	4-Será AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8043249	6-Data Validade da Guia 09/10/21	7-Data Validade da Guia 09/10/21	8-416725	
8-Número da Carteira 01021021510510601365202		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANTONIO EDUARDO DA SILVA		14-Telefone 28/05/1999		15-Nome do titular do plano ELAINE CRISTINA BARBOSA				
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		18-Número no CRO 32953		19-UF SP		20-Código CBO 8
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09157815621888		22-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		23-Número no CRO 32953		24-UF SP		25-Código CHES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		27-Número no CRO 32953		28-UF SP		29-Código CBO 8		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados								
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$
1	010815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PI	1	8100	0100	IF S 02 12 20 21
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$
		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		8100		0100
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 do 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 assina esse documento referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.								
48-Observação								
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa		Dr. Miguel A. Pavilhão Cirurgião Dentista CROSP 32953
09/11/20		09/11/20		09/11/20		09/11/20		