

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



408149

1-Registro AHS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/01/10	3-Data de Autorização 10/11/11	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8009279	6-Data Validação de Sessão 12/01/11
8-Número da Carteira 10121021512103443101012191011					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MAQUINAS AGRICOLAS JACTO S A		11-Data Validade da Carteira	
13-Nome ADEMIR DE SOUZA SILVA			14-Teléfono () - - - - -		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 8
21-Código na Operadora / CNPU / CDP 101915171815161218181111	22-Nome do Contratado / Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	23-Número no CRO 32953	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	27-Número no CRO 32953	28-UF SP	29-Código CBO 5	Faturar Empresa Enviar - RX (R) 85200158-17

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Região	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	10101815121011151811	TRATAMENTO ENDODONTICO	17			15331010	01010			12/01/11		
2	10101815110101191611	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O		1611010	01010			12/01/11		
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 51941010	47-Valor Total R\$ 010101	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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram 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, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/10	Dr. Miguel A. Pavilhão Cirurgião Dentista CROSP 32953
---	---	---	---	---