

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



422951

|                                                               |                                         |                                                                |                         |                                                        |                                           |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                      | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/01/2012 | 4-Data de Autorização<br>03/12/2012                            | 5-Serinha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8069281                  | 7-Caixa Validade da Serinha<br>17/02/2012 |
| Dados do Beneficiário                                         |                                         |                                                                |                         |                                                        |                                           |
| 8-Número da Carteira<br>0002022528851600000108                |                                         | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 |                         | 10-Empresa<br>TAMIRES VIEIRA OLIVEIRA                  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/12  |
| 12-Nome<br>MARIA IZABEL LOPES MARQUES PEREIRA                 |                                         | 14-Telefone<br>04/07/1958                                      |                         | 15-Nome do titular do plano<br>TAMIRES VIEIRA OLIVEIRA |                                           |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento               |                                         |                                                                |                         |                                                        |                                           |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                      |                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MIGUEL ARCANJO PAVILHAO |                         | 18-Número no CRO<br>32953                              | 19-UF<br>SP                               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>009157815162888        |                                         | 22-Nome do Contratado Executante<br>MIGUEL ARCANJO PAVILHAO    |                         | 23-Número no CRO<br>32953                              | 24-UF<br>SP                               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MIGUEL ARCANJO PAVILHAO |                                         | 27-Número no CRO<br>32953                                      |                         | 28-UF<br>SP                                            | 29-Código CBO 8                           |
| Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(R) 85100200                |                                         |                                                                |                         |                                                        |                                           |

| 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 Gossa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 00018110000030            | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         |        | 34000            | 10000    |                                 |        | 08/09/2012            |                    | manau         |
| 2         | 00018511000196            | RESTAURAÇÃO RESINA    | 23              | V       | 1      | 61000            | 00000    |                                 |        | 08/09/2012            |                    | manau         |
| 3         | 00018511000196            | RESTAURAÇÃO RESINA    | 22              | V       | 1      | 61000            | 00000    |                                 |        | 08/09/2012            |                    | manau         |
| 4         | 00018200000875            | EXODONTIA SIMPLES DE  | 27              |         | 1      | 73000            | 00000    |                                 |        | 08/09/2012            |                    | manau         |
| 5         | 00018400000198            | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35000            | 00000    |                                 |        | 08/09/2012            |                    | manau         |
| 6         | 00018400000198            | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35000            | 00000    |                                 |        | 08/09/2012            |                    | manau         |
| 7         | 00018400000198            | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35000            | 00000    |                                 |        | 08/09/2012            |                    | manau         |
| 8         | 00018400000198            | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35000            | 00000    |                                 |        | 08/09/2012            |                    | manau         |
| 9         | 00018511000200            | RESTAURAÇÃO RESINA    | 26              | OD      | 1      | 88000            | 00000    |                                 |        | 08/09/2012            |                    | manau         |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

43-Data Previsão Término do Tratamento  
11/11/12

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  
457000

47-Valor Total R\$  
00000

48-Total Franquia / Co-participação R\$  
00000

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 | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>08/11/2012 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/11/2012 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/11/2012 manau | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>08/11/2012 | 54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente<br>Miguel A. Pavilhão<br>Cirurgião Dentista<br>CROSP 32953 |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|