

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249



396928

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/05/10		4-Data de Autorização 11/12/10		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7962970		7-Data Válida da Guia 13/10/11	
8-Número da Carteira 10101210121512181815111610101010111017		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa TAMIRES VIEIRA OLIVEIRA		11-Data Válida da Carteira 11/12/10		12-Número de Cópia da Carteira 11/12/10		13-Data Válida da Guia 13/10/11	
13-Nome CARLOS AUGUSTO MARQUES PEREIRA											
14-Telefone () - - - - -											
15-Endereço 26/11/1958											
16-Número no CNPJ / CPF 32953											
17-Nome de Profissional Solidário MIGUEL ARCANJO PAVILHAO											
18-Número no CNPJ / CPF 32953											
19-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO											
20-Código CBO S 32953											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101915171815161218181811											
22-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO											
23-Número no CNPJ / CPF 32953											
24-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO											
25-Código CBO S 32953											
26-Nome do Profissional Solidário MIGUEL ARCANJO PAVILHAO											
27-Número no CNPJ / CPF 32953											
28-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO											
29-Código CBO S 32953											
30-Fratura / Co-participação R\$											
31-Data de Realização											
32-Data de Emissão											
33-Data de Autorização											
34-Data de Pagamento											
35-Data de Pagamento											
36-Data de Pagamento											
37-Data de Pagamento											
38-Data de Pagamento											
39-Data de Pagamento											
40-Data de Pagamento											
41-Data de Pagamento											
42-Data de Pagamento											
43-Data de Pagamento											
44-Data de Pagamento											
45-Data de Pagamento											
46-Data de Pagamento											
47-Data de Pagamento											
48-Data de Pagamento											
49-Data de Pagamento											
50-Data de Pagamento											
51-Data de Pagamento											
52-Data de Pagamento											
53-Data de Pagamento											
54-Data de Pagamento											
55-Data de Pagamento											
56-Data de Pagamento											
57-Data de Pagamento											
58-Data de Pagamento											
59-Data de Pagamento											
60-Data de Pagamento											
61-Data de Pagamento											
62-Data de Pagamento											
63-Data de Pagamento											
64-Data de Pagamento											
65-Data de Pagamento											
66-Data de Pagamento											
67-Data de Pagamento											
68-Data de Pagamento											
69-Data de Pagamento											
70-Data de Pagamento											
71-Data de Pagamento											
72-Data de Pagamento											
73-Data de Pagamento											
74-Data de Pagamento											
75-Data de Pagamento											
76-Data de Pagamento											
77-Data de Pagamento											
78-Data de Pagamento											
79-Data de Pagamento											
80-Data de Pagamento											
81-Data de Pagamento											
82-Data de Pagamento											
83-Data de Pagamento											
84-Data de Pagamento											
85-Data de Pagamento											
86-Data de Pagamento											
87-Data de Pagamento											
88-Data de Pagamento											
89-Data de Pagamento											
90-Data de Pagamento											
91-Data de Pagamento											
92-Data de Pagamento											
93-Data de Pagamento											
94-Data de Pagamento											
95-Data de Pagamento											
96-Data de Pagamento											
97-Data de Pagamento											
98-Data de Pagamento											
99-Data de Pagamento											
100-Data de Pagamento											

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 este 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 Conselho Dentista Societário

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável