

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 AF



411530

1-Registro ANS 405414	2-Dia de Emissão da Guia 10/04/11 11/12/10	3-Dia de Autorização 11/12/11 11/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8022539	7-Pela Validade da Série 10/12/10 12/12/11
8-Nome do Beneficiário ANA PAULA ANDRADE DE LIMA		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MAQUINAS AGRICOLAS JACTO S A	11-Dia Validade da Carteira 11/12/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Data de Nascimento 27/05/1995		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JOILSON GONCALVES DE LIMA		
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	18-Número no CRO 32953	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Condicionadora - CNPJ - CPM 01915178151612181811		22-Nome do Contratado Executor MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	23-Número no CRO 32953	24-UF SP	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executor MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		27-Número no CRO 32953	28-UF SP	29-Código CBO S	

Faturar Empresa
Enviar - RX
(R) 85200188-11

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Ancoragem
1	01018151210101161811	TRATAMENTO ENDODONTICO	11			12518110101	010101			11/12/11	
2	0101815110101191611	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P		6110101	010101			11/12/11	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Cota Prevista Térmica do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 31191010	47-Valor Total R\$ 1010101	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(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, 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 11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/11
---	---	---	---

Dr. Miguel A. Pavilhão
Cirurgião Dentista
CROSP 32953

434692
INTERCÂMBIO

1º Registro ANS 4066414		3 Data de Emissão da Guia 10/4/11/2/12/10		4 Data de Autenticação 10/12/11/12/12/10		5 Série da AUTORIZADO		6 Número da Guia Principal 8118165		7 Data Validação da Serviço 10/14/10/3/12/11	
8 Nome do Beneficiário JOCELINE FERREIRA DO NASCIMENTO ROSADA		9 Nome da Carteira POS REDE PRESTADORA		10 Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11 Data Validade da Carteira 11/11/11		12 Número do Cartão Nacional de Saúde		434692 INTERCAMBIO	
13 Nome JOCELINE FERREIRA DO NASCIMENTO ROSADA		14 Endereço 06/03/1979		15 Nome do Titular do Plano JOCELINE FERREIRA DO NASCIMENTO ROSADA		16 Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		17 Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		18 Nome do Profissional Examinador MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	
19 Número no CNIO 32953		20 UF SP		21 Código CBO S 025		22 Número no CNIO 32953		23 UF SP		24 Código CNEB Enviar - RX (0) 81000-421- (1) 81000-421-RPSE	
25 Número no CNIO 32953		26 UF SP		27 Código CBO S		28 UF SP		29 Código CBO S		30 UF SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																	
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Densidade	34- Face	35- Cui	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frequência/Co-participação R\$	39- Anl	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura					
1-010	8110101041211	RX PERIAPICAL				14	10,10		S	15/12/20							
2-010	8110101041211	RX PERIAPICAL				14	10,10		S	15/12/20							
3-																	
4-																	
5-																	
6-																	
7-																	
8-																	
9-																	
10-																	
11-																	
12-																	
13-																	
14-																	
15-																	

43- Data Prevista Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidades US

47- Valor Total R\$

48- Total Frequência / Co-participação R\$

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

1- Total 2- Parcial

1- Total Frequência / Co-participação R\$

Deciduo, que após ter sido devidamente asseverado 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. Decido, 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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Dado, 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 Calibre da Empresa

Dr. Miguel A. Pavilhão
Cirurgião Dentista
CROSP 32953

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º PP

447094

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 04/01/21	4-Data de Autorização 06/01/21	6-Serina AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 8170932	7-Data Validade da Guia 04/01/21
9-Número da Carteira 00202532516700000101		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Nome MICHELE CRISTINA DE PALMA CAMARGO BERALD		15-Data de Nascimento 29/12/1981	16-Telefone () - - - - -	17-Nome do titular do plano MICHELE CRISTINA DE PALMA CAMARGO BERALD	
18-Atendimento a RN N			19-Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	20-Número no CRO 32953	21-UF SP
22-Código na Carteira / CNPU / CPE 0915718151628181			23-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	24-Número no CRO 32953	25-UF SP
26-Nome do Contratado MIGUEL ARCANJO PAVILHAO			27-Número no CRO 32953	28-UF SP	29-Código CBO S

Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Coveridade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Assinatura
1	0008200008175	EXODONTIA SIMPLES DE	46				73100					
2	0008200008175	EXODONTIA SIMPLES DE	47				73100					
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 14600	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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, a 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 12/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/21 Dr. Miguel A. Pavilhão Cirurgião Dentista CROSP 32953
---------------	---	---	---	--

Miguel A. Pavilhão
Cirurgião Dentista
CROSP 32953

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



408157 ✓

[illegible]

418682

...a'nde

ERALD

2.10

1511111

1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

11411

10

M

1.10

100

1

01054



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



416934 /

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/11/2012	3-Data de Autorização 11/11/2012	4-Será AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50205408	6-Data Validade de Será 10/09/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000370000010448775	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIAO NAC DOS ANALISTASTRIB	11-Data Validade da Carteira 11/11/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706006820103046	
13-Nome ELIANE CONTIERI BOZZO CAMPOS		14-Telefone 10/04/1972	15-Nome do titular do plano ANIVALDO DE CAMPOS JUNIOR		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Faturar Empresa		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	18-Número na CRO 32953	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0951781518288	22-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	23-Número na CRO 32953	24-UF SP	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	27-Número na CRO 32953	28-UF SP	29-Código CBO S	Enviar - RX (1) 81000421

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Grosse 42-Assinatura
1	000810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			11/11/2012	
2	000810000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00			11/11/2012	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/12	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 48,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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(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, 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 05/04/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/04/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/04/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/04/12	Dr. Miguel A. Pavilhão Cirurgião Dentista CROSP 32953
---	---	---	---	---