

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



390861

1-Registro ANB 406414 2-Data de Emissão da Guia 06/11/2012 3-Data de Autopreenchimento 13/11/2012 4-Serviço AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 7938533 6-Data Validade da Guia 04/01/2013

7-Nome do Beneficiário ALVINO DO CARMO DOS SANTOS 8-Plano POS REDE PRESTADORA 9-Empresa LUCAS AUGUSTO P DOS SANTOS 10-Data Validade da Carteira 11-Número do Cartão Nacional de Saúde

12-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 29/07/1960 13-Telefone 14-Nome do titular do plano LUCAS AUGUSTO PERERIA DOS SANTOS

15-Atendimento a RV N 16-Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO 17-Número no CRO 32953 18-UF SP 19-Código CBO S

20-Código na Operadora / CNPJ / CNP 095785628888 21-Nome do Contratado: Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO 22-Número no CRO 32953 23-UF SP 24-Código CNES

25-Nome do Profissional Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO 26-Número no CRO 32953 27-UF SP 28-Código CBO S

Faturar Empresa
Enviar - RX
(01) 81000421-

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Carteira/Régio	34-Faixa	35-Cto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34	10,00	0,00		06/11/2012		
2	00081000042	RX PERIAPICAL	RCSE			14	10,00	0,00		06/11/2012		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsível 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 47-Valor Total R\$ 48-Total Fratura / 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

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