



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º.º.

428131

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/01/11/12/10	3-Data de Autorização 10/12/11/12/10	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8091552	6-Data Válida da Guia 12/14/10/12/11
8-Número da Carteira 000202025110550601016293011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	
11-Data Válida da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JOCELINE FERREIRA DO NASCIMENTO ROSADA		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano JOCELINE FERREIRA DO NASCIMENTO ROSADA	
16-Atendimento a RV N					
17-Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		18-Número no CRO 32953		19-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / DPF 009578562888		22-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		23-Número no CRO 32953	
24-UF SP		25-Código CNES		26-Código CBO S	
27-UF SP		28-Código CBO S		Faturar Empresa	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Pace	35-Cio	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				3400	0000			04/12/20		
2	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			3500	0000			04/12/20		
3	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			3500	0000			04/12/20		
4	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID			3500	0000			04/12/20		
5	00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE			3500	0000			04/12/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 17400	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, 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 04/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/12/20	Dr. Miguel A. Pavilhão Cirurgião Dentista CROSP 32953
---------------	---	---	---	---	---