

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-HP



434866

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 01/04/12	3-Data de Autorização 01/08/12	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8118937	6-Data Validação da Guia 01/04/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102025203443000229011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MAQUINAS AGRICOLAS JACTO S A	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ADEMIR DE SOUZA SILVA		14-Telefone () - -		15-Nome do Rótulo do plano ADEMIR DE SOUZA SILVA	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					

16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		18-Número no CRO 32953	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0957856288		22-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		23-Número no CRO 32953	24-UF SP	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		27-Número no CRO 32953		28-UF SP	29-Código CRO S	

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regido	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência
1	0108511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	27	V	1	6,100	0,00	18,12	18,12	18,12	
2											
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 6,100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 13/12/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/12/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/12/2011	53-Data, local e Cópia da Empresa 13/12/2011	Dr. Miguel A. Pavilhão Cirurgião-Dentista CROSP 32953
---	---	---	---	---