

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



418739 /

|                                                             |                                                                |                                            |                                                       |                                       |                                        |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                    | 3-Data de Emissão da Guia<br>13/11/2017                        | 4-Data de Autorização<br>17/11/2017        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                 | 6-Número da Guia Principal<br>8052418 | 7-Data Validade da Senha<br>11/10/2017 |
| Dados do Beneficiário                                       |                                                                |                                            |                                                       |                                       |                                        |
| 8-Número da Carteira<br>01021025210314431010122911          | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>MAQUINAS AGRICOLAS JACTO S A | 11-Data Validade da Carteira                          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                        |
| 13-Nome<br>ADEMIR DE SOUZA SILVA                            |                                                                | 14-Teléfono<br>08/06/1970                  | 15-Data de Validade do Plano<br>ADEMIR DE SOUZA SILVA |                                       |                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento             |                                                                |                                            |                                                       |                                       |                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                    | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MIGUEL ARCANJO PAVILHAO |                                            | 18-Número no CRO<br>32953                             | 19-UF<br>SP                           | 20-Código CBO S                        |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>01915171815161218181 | 22-Nome do Contratado Esqueleto<br>MIGUEL ARCANJO PAVILHAO     |                                            | 23-Número no CRO<br>32953                             | 24-UF<br>SP                           | 25-Código CNES                         |
| 26-Nome do Profissional Executor<br>MIGUEL ARCANJO PAVILHAO |                                                                | 27-Número no CRO<br>32953                  | 28-UF<br>SP                                           | 29-Código CBO S                       |                                        |
| Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(0181000421-              |                                                                |                                            |                                                       |                                       |                                        |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição  | 33-Dente/Raio | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Medida de Gesso | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|---------------|---------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 010181101014211           | RX PERIAPICAL | RMSE          |         |        | 1141010          | 101010   |                                 |        | 13/11/2017            |                    | Admir         |
| 2         |                           |               |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |               |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |               |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |               |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |               |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |               |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |               |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |               |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |               |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |               |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |               |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |               |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |               |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |               |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                        |                                                                                  |                        |                        |                    |                                         |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento                                                           | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|                                        | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial      | 141010                 | 101010             |                                         |

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<br>13/11/2017 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>13/11/2017 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>13/11/2017 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>13/11/2017 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

Dr. Miguel A. Pavilhão  
Cirurgião Dentista  
CROSP 32953