

Life®

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



321820

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/06/20	4-Data de Autorização 24/06/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7620637	7-Data Validade da Guia 06/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025203443000124011					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa MAQUINAS AGRICOLAS JACTO S A					
11-Data Validade da Carteira					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome PAULO HENRIQUE DOS SANTOS					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano PAULO HENRIQUE DOS SANTOS					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09578562888					
22-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO					
23-Número no CRO 32953					
24-UF SP					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO					
27-Número no CRO 32953					
28-UF SP					
29-Código CBO B					
Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Clinica/Região	34-Face	35-Qui	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão 42-Data de Realização
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOV	1	12200	0,00	12200	12	29/06/20	hule
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 12200	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 no 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 07/08/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/08/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/08/2020
---	---	---	---

Dr. Miguel A. Pavilhão
Cirurgião-Dentista
CROSP 32953