

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



376774

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7877644	7-Data Validação da Guia 11/12/2012
8-Número da Cédula 001202151051060191607101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Cédula 11/12/12	
12-Nome do Beneficiário ZORAIDE DE OLIVEIRA DA SILVA		13-Data de Nascimento 18/10/1980		14-Telefone (11) 1111-1111	
15-Nome do titular do plano ZORAIDE DE OLIVEIRA DA SILVA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO					
18-Número no CRO 32953		19-UF SP		20-Código CBO 5	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00915171815161218181		22-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		23-Número no CRO 32953	
24-UF SP		25-Código CNES		26-Código CBO 8	
27-Nome do Profissional Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO					
28-Número no CRO 32953		29-UF SP		30-Código CBO 8	

Faturar Empresa

Enviar - RX
(0F) 85400149-35
(1F) 85400220-25

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Ocorrência	42-Assinatura
1	0001851400149	COROA TOTAL METÁLICA	35	1	1	41721010	101010			04/11/12		
2	0001851400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	25	1	1	2091010	101010			04/11/12		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/12/12	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 711010	47-Valor Total R\$ 0100	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 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 04/11/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/12	53-Data, local e Assinatura do Encarregado 04/11/12	Dr. Miguel A. Pavilhão Cirurgião Dentista CROSP 32953
---	---	---	--	---