

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.40



351749

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 05/08/20 4-Data de Autorização 10/08/20 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7763759 7-Data Validade da Guia 03/11/20

8-Número da Carteira 00202528851600000107 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TAMIRES VIEIRA OLIVEIRA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CARLOS AUGUSTO MARQUES PEREIRA 26/11/1958 14-Telefone 15-Nome do titular do plano TAMIRES VIEIRA OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO 18-Número do CRO 32953 19-UF SP 20-Código CBO S 21-Código na Operadora CROP/CPF 09578562888 22-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO 23-Número do CRO 32953 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO 27-Número do CRO 32953 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 65200158-36 (I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cidade-Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36	1	1	53300	0000	0000	00	30/10/20	
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OML	1	12200	0000	0000	00	30/10/20	
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
655100

47-Valor Total R\$
0000

48-Total Franquia / Co-participação

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 do 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, 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
30/10/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
30/10/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
30/10/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
30/10/20

Dr. Miguel A. Pavilhão
Cirurgião-Dentista
CROSP 32953