

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AP



383515

1-Registro ABO 406414	2-Data de Emissão da Guia 22/05/2019	3-Data de Autorização 23/05/2019	4-Será AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7907407	6-Data Vencimento da Guia 22/05/2019
8-Número da Carteira 010120215203141413010215161011		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 do Beneficiário LEONARDO TIBURCIO VIDAL	
14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano LEONARDO TIBURCIO VIDAL		16-Atendimento a RV N	
17-Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		18-Número no CRO 32953		19-UF SP	
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01015718151612181811		21-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		22-Número no CRO 32953	
23-UF SP		24-Código CNEB		25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		27-Número no CRO 32953		28-UF SP	
29-Código CBO S		30-Faturar Empresa			

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-Método da Guia	42-Assinatura
1	0101814101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3151010	01010	131251010		20190520		
2	0101814101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3151010	01010	131251010		20190520		
3	0101814101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3151010	01010	131251010		20190520		
4	0101814101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3151010	01010	131251010		20190520		
5	0101811010101310	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3141010	01010	131251010		20190520		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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	11741010	01010	

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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
2019/05/20	2019/05/20	2019/05/20 + Leonardo Tibúrcio Vidal	2019/05/20 Miguel A. Pavilhão Cirurgião Dentista CROSP 32953