MetLife PF

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Tratamento Odontológico

2 - Nº Guia no Prestador 184017970

184017970

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
		26/06/2023	184017970	23/12/2023	

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Validade da Carteira	12 - Cartão Nacional de Saúde
52158600093001	FIRST ML ECR ANAFAE	521586	/ /	

13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano	16 - Atendimento a RN
LUZIA APARECIDA DA SILVA PEREIRA	( )-	NICANOR PEREIRA DE SOUZA NETO	N

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO
RIVIANI MARQUES NEVES DA SILVA SALY	5300	ES	

21 - Código na Operadora	22 - Nome do Contratado Executante	23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CNES
00771554	RIVIANI MARQUES NEVES DA SILVA SALY	5300	ES	9999999

26 - Nome do Profissional Executante	27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30-Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Qtde	36 - Qtde US	37 - Valor R$	38 - Franquia(R$)	39-Aut	40-Cód.Negativa	41 - Data de Realização	42 - Assinatura
1 - 22	85400262	PINO PRÉ FABRICADO	47		01		126,00		S		26/06/2023	
2 - 22	85400149	COROA TOTAL METÁLICA	47		01		323,75		S		03/07/2023	
3 - 22	85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	47		01		66,50		S		26/06/2023	
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10 -												
11 -												
12 -												
13 -												
14 -												
15 -												
16 -												
17 -												
18 -												
19 -												
20 -												

43 - Data de Término do Tratamento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US	47- Valor Total (R$)	48 - Valor Total Franquia (R$)
/ /	1		,	516,25	,

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/Justificativa

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista
/ /		/ /	

54 - Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável	55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56 - Data do carimbo da empresa
/ /		/ /