

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



411565

1-Data de Emissão da Guia 04/14	2-Data de Emissão da Guia 04/11/11/201	3-Data de Autorização 11/21/11/12/01	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8022632	6-Data de Validade da Guia 10/21/10/21/12/11
7-Nome do Beneficiário EDSON RODRIGUES DA SILVA JUNIOR	8-Endereço POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data de Validade da Guia 11/11/11/11	11-Número do Cartão Nacional de Saúde	
12-Atendimento a RV N	13-Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	14-Número no CRO 32953	15-UF SP	16-Código CBO S	
17-Código na Operadora / CNPJ / CNP 0191517815101020101	18-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	19-Número no CRO 32953	20-UF SP	21-Código CNES	
22-Nome do Profissional Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	23-Número no CRO 32953	24-UF SP	25-Código CBO S	26-Faturar Empresa Enviar - RX (R) 85100200	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qui	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Matéria de Gesso 42-Assinatura
1	01018151101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	18181010	101010	151010121209			
2	01018151101019161	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	16110101	101010	151010121209			
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14191010	47-Valor Total R\$ 010101	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(ram) 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 04/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/2011	Dr. Miguel A. Pavilhão Cirurgião Dentista CROSP 32953
---	---	---	---	---