



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/12/11 4-Data de Autorização 11/3/10 11/12/11 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8189032 7-Data Validade da Serina 11/12/10 14/12/11 452274 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Nome da Criança 00020205244479000234021 9-Patino POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ARAUCO FOREST BRASIL SA 11-Data Validade da Criança 11/12/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome ROSELI APARECIDA DE ALMEIDA LUCIO 10/08/1964 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano JOSE ELIAS LUCIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RN DENISE FANTON OREFICE 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE 18-Número no CRO 46356 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 1171187148828 22-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE 23-Número no CRO 46356 24-UF SP 25-Código CNES 26-Código CBO S

25-Nome do Profissional Executante DENISE FANTON OREFICE 27-Número no CRO 46356 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Signatura
1-0	018	1000030			1	14	10	10	10	10	10	ROSELI
2-0	018	4000198			1	15	10	10	10	10	10	ROSELI
3-0	018	4000198			1	15	10	10	10	10	10	ROSELI
4-0	018	4000198			1	15	10	10	10	10	10	ROSELI
5-0	018	4000198			1	15	10	10	10	10	10	ROSELI
6-0	018	4000198			1	15	10	10	10	10	10	ROSELI
7-0	018	4000198			1	15	10	10	10	10	10	ROSELI
8-0	018	4000198			1	15	10	10	10	10	10	ROSELI
9-0	018	4000198			1	15	10	10	10	10	10	ROSELI
10-0	018	4000198			1	15	10	10	10	10	10	ROSELI
11-0	018	4000198			1	15	10	10	10	10	10	ROSELI
12-0	018	4000198			1	15	10	10	10	10	10	ROSELI
13-0	018	4000198			1	15	10	10	10	10	10	ROSELI
14-0	018	4000198			1	15	10	10	10	10	10	ROSELI
15-0	018	4000198			1	15	10	10	10	10	10	ROSELI

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Autorização

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ler sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentada, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/5/01/11/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/5/01/11/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/5/01/11/21 53-Data, local e Cartão da Empresa 11/5/01/11/21 45a. Denise Fátima Oliveira Cirurgiã Dentista CROSP 46356 - CROPR 8368