



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24N



352555
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 06/10/81/210	4-Dia de Autorização 16/10/91/210	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7767704	7-Dia Validade da Santa 10/14/11/12/10
8-Número da Carteira 00121025214479000236011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO FOREST BRASIL SA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSE JUCIMAR FERREIRA DOS SANTOS	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOSE JUCIMAR FERREIRA DOS SANTOS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE	18-Número no CRO 46356	19-UF SP	20-Código CRO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1711871488218	22-Nome do Contratado Encarregado DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CRO S Enviar - RX (0) 81000421-	Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante DENISE FANTON OREFICE	27-Número no CRO 46356	28-UF SP	29-Código CRO S		
Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0101810101014211	32-Descrição RX PERIAPICAL	33-Dente Regiões RMIE	34-Fase 1	35-Qtd 14,10,10	36-Franchia/Co-participação R\$ 5114,08,20
31-Código do Procedimento					
32-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franchia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Dia de Realização					
41-Motivo da Guia					
42-Assinatura					
43-Dia 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 114,10,10	47-Valor Total R\$ 10,10,10	48-Total Franchia / Co-participação R\$
Declaração 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-Dia, local e Assinatura do(a) Profissional Solicitante 11/11/09/10/10	51-Dia, local e Assinatura do(a) Profissional Encarregado 11/11/09/10/10	52-Dia, local e Assinatura do(a) Profissional Responsável 11/11/09/10/10	53-Dia, local e Campo da Empresa 11/11/09/10/10	54-Dia, local e Campo da Empresa 11/11/09/10/10	