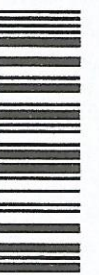




Tratamento Odontológico

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



516706
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/04/12/11	4-Data de Autorização 11/21/04/12/11	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8456991	7-Data Validação da Guia 10/16/07/12/11
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	--

8-Número do Cartão 01012102506817600055603	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Endereço ARAUCO FLORESTAL ARAPOTI SA	11-Data Validação da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome ALEXANDRE HENRIQUE BISPO GIRALDES	27/10/2000	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano MARCEL DA SILVA GIRALDES
--	------------	-------------------------------	---

Declaração do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA PEDROSO HUPPES	18-Número no CRO 130221	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 1458218324829	22-Nome do Contratado Exatante CAMILA PEDROSO HUPPES	23-Número no CRO 130221	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Exatante CAMILA PEDROSO HUPPES	27-Número no CRO 130221	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-Cid	36-Quantidade US	37-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Próximo ao Tratamento 12/11/04	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 30,0	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0,00
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	--

Declaração: que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) 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 Cirurgião-Dentista-Estagiário 12/11/04/11/11/11	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/04/11/11/11	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/04/11/11/11	53-Dia, local e Assinatura da Empresa 12/11/04/11/11/11
--	---	---	--