



terapêutica para oodô dent

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x4



376948
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2019	4-Data de Autorização 17/09/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7878599	7-Data Validade da Sentença 15/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0002102524447900022403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUJO FOREST BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 11/11/12/2019
13-Nome ADRIAN RAFAEL CASTRO LIMA		14-Tabela ()		
15-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento 30/07/2014		16-Nome do titular do plano JORAMIL SOARES DE LIMA		

16-Adm. de Saúde 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 Operação / CNEP / CPF 171871148828	22-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante DENISE FANTON OREFICE	27-Número no CRO 46356	28-UF SP	29-Código CRO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Registo	34-Escala	35-Codif	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classif	42-Assinatura
1	008300089	EXODONTIA SIMPLES DE	71	11	11	73000	00000	5121101210	16	16/11/2019	16	16/11/2019
2	008300089	EXODONTIA SIMPLES DE	81	11	11	73000	00000	5121101210	16	16/11/2019	16	16/11/2019
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Valor Total R\$	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/2019	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	1146,00	10,00	10,00

Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente a arcar com os custos previstos em contrato. Declara, 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-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2019/2019 <i>Adriana</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2019/2019 <i>Adriana</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2019/2019 <i>Adriana</i>	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/2019/2019 <i>Adriana</i>
Dra. Denise Fanton Orefice Cirurgiã Dentista CROSP 46356 - CROPR 8368			