



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



345392
INTERCAMBIO

18-Quilates para cor de ouro

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2017	4-Data de Autorização 31/07/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7734476	7-Data Validade da Senha 12/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Data de Emissão

8-Número da Carteira 0102025203346000568011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAPAL COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LAIS CRISTINA DE PAULA ROSA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LAIS CRISTINA DE PAULA ROSA
--	------------------------------	--

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE	18-Número no CRO 46356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 1171871488128	22-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100218
--	---	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante DENISE FANTON OREFICE	27-Número no CRO 46356	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200
---	---------------------------	-------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gêsis	42-Autorização
1	010	811001030				34	1,00			06/08/2017		deu
2	010	8511010196				14	1,00			06/08/2017		deu
3	010	851102010				12	1,00			06/08/2017		deu
4	010	851102010				11	1,00			06/08/2017		deu
5	010	851102010				21	1,00			06/08/2017		deu
6	010	851102118				22	1,00			06/08/2017		deu
7	010	8511020196				27	1,00			06/08/2017		deu
8	010	8511020196				34	1,00			06/08/2017		deu
9	010	8511020196				32	1,00			06/08/2017		deu
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1 - Tratamento Odontológico	1 - Total 2 Parcial	664,00	10,00								

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 Contratado-Dentista Solicitante 06/08/2017	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 06/08/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/08/2017	53-Data, local e Assinatura do Contratado-Operadora 06/08/2017
--	--	---	---

Dra. Denise Fanton Orefice
Cirurgia Dentista
CRO 46.356