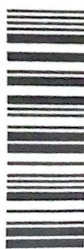




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



383626
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/5/10/19/12/0	4-Dia de Autorização 12/8/10/19/12/0	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7907936	7-Dia Válido da Semana 12/14/11/12/12/0
8-Número da Carteira 01012012524447900019501			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUJO FOREST BRASIL SA	11-Dia Válido da Carteira 11/11/11/11/11/11
13-Nome ISRAEL JEFFERSON DE FARIA			25/11/1979	14-Telefone (11) 46356-1111	15-Nome do Cartão Nacional de Saúde ISRAEL JEFFERSON DE FARIA
16-Adesão do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE					
17-Código de Operadora / CNPJ / CPF 117118714488218					
22-Nome do Contratado Específico DENISE FANTON OREFICE					
23-Número no CRO 46356					
24-UF SP					
25-Código CRO S 025 - Faturar Empresa					
26-UF SP					
27-Número no CRO 46356					
28-UF SP					
29-Código CRO S (1) 85100226 (1) 85100200 (1) 85100218					
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rajado	34-Face	35-Dist	36-Quantidade US
1-01018511002200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	8,810,00
2-01018511002218	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OML	1	12,210,00
3-01018511002218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	ODL	1	12,210,00
4-01018511002226	RESTAURAÇÃO RESINA	34	MODL	1	12,210,00
5-01018511002219	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6,110,00
6-01018511002219	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6,110,00
7-01018511002200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	8,810,00
8-01018511002217	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,610,00
9-01018511002217	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,610,00
10-01018511002217	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,610,00
11-01018511002217	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,610,00
12-01018511002217	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
13-01018511002217	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
14-01018511002217	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
15-01018511002217	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
43-Dia Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	2-Escaneamento Radiológico	3-Ortodontia	4-Implante/Endoprotese	11/11/11
Direito, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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 e 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 relativos ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/11/2010 <i>Israél Jefferson de Faria</i>					
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/2010 <i>Israél Jefferson de Faria</i>					
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2010 <i>Israél Jefferson de Faria</i>					
53-Dia, local e Carimbo da Empresa 07/11/2010 <i>Dr. Denise Fanton Orefice</i> <i>Cirurgiã Dentista</i>					

CROSP 46356 - CROPR 8368