



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ªª



358805
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/10	4-Data de Autenticação 21/09/1989	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7796103	7-Data Validade da Serina 11/08/11
--------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Nome da Clínica POS REDE PRESTADORA	9-Empresa ARAUJO FOREST BRASIL SA	11-Data Validade da Serina 11/08/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 11/08/11
--	--------------------------------------	--	---

13-Nome BRIELI GARCIA DE ALMEIDA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano PAULO CRISTIANO FERREIRA DE ALMEIDA
-------------------------------------	------------------------------	--

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11711817148828	22-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CBO S 025 -
---	---	---------------------------	-------------	--------------------------

26-Nome do Profissional Executante DENISE FANTON OREFICE	27-Número no CRO 46356	28-UF SP	29-Código CBO S 025 -
---	---------------------------	-------------	--------------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Demonstração	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Atendimento
1-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
2-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
3-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
4-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
5-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
6-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
7-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
8-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
9-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
10-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
11-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
12-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
13-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
14-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
15-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
16-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
17-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
18-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
19-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
20-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
21-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
22-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
23-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
24-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
25-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
26-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
27-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
28-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
29-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
30-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
31-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
32-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
33-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
34-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
35-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
36-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
37-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
38-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
39-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
40-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
41-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
42-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
43-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
44-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
45-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
46-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
47-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
48-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
49-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
50-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
51-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
52-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
53-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
54-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
55-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
56-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
57-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
58-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
59-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
60-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
61-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
62-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
63-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
64-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
65-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
66-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
67-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
68-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
69-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
70-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
71-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
72-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
73-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
74-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
75-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
76-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
77-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
78-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
79-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
80-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
81-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
82-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
83-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
84-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
85-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
86-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
87-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
88-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
89-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
90-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
91-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
92-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
93-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
94-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
95-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
96-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
97-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
98-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
99-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			
100-0	10	8	5	3	0	0	0	4	7			

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento conforme apresentado, 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.

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Pagamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Frequentes / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável	51-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável	52-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável	53-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável	55-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável	56-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável	57-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável