



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



346327
INTERCAMBIO

1-Registro AOS 406414	2-Data de Emissão da Guia 27/10/2012	3-Data de Autorização 31/10/2012	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7738249	6-Data Validade da Guia 12/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Nome do Corrente 01021021520334610101476011	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
FABIO JUNIOR TELAXXA

14-Telefone 15/02/1993

15-Nome do titular do plano FABIO JUNIOR TELAXXA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço 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 17118171481218	22-Nome do Contratado Específico DENISE FANTON OREFICE
---	---

23-Número no CRO 46356	24-UF SP
---------------------------	-------------

25-Código CNES 26-Código CBO S

27-Nome do Profissional Específico
DENISE FANTON OREFICE

28-Endereço a RN N	29-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE
-----------------------	--

30-Número no CRO 46356	31-UF SP
---------------------------	-------------

32-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Reajuste	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	0	81001030			1	34,00	0,00	5,27	02/11/2012			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	------------------------	------------------------	--------------------------	--------------------	---

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 da 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 Corrente-Declarante 27/10/2012, <i>Denise Fanton Orefice</i>	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Declarante 27/10/2012, <i>Denise Fanton Orefice</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2012, <i>Fabio</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/2012, <i>Dra. Denise Fanton Orefice</i> CRO nº 356
--	--	---	--