



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



338792
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7702966	7-Data Validação da Guia 12/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 01012012152144479101015121011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO FOREST BRASIL SA	11-Data Validação da Carteira 11/01/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome AMILTON GONCALVES DE OLIVEIRA	26/01/1983	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano AMILTON GONCALVES DE OLIVEIRA
--	------------	------------------------------	--

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 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11711871148128	22-Nome do Contratado Excludente DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Excludente DENISE FANTON OREFICE	27-Número no CRO 46356	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regido	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	01	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34	10,00			06/07/2012		Amilton
2-0	01	RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	16	10,00			06/07/2012		Amilton
3-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	10,00			06/07/2012		Amilton
4-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	10,00			06/07/2012		Amilton
5-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	10,00			06/07/2012		Amilton
6-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	10,00			06/07/2012		Amilton
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 123910,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010,00
--	--	---	-------------------------------------	-------------------------------	--

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, compreendendo-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/foram 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2012 Denise Fanton Orefice	51-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012 Amilton	52-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012 Amilton	53-Dia local e Selo da Empresa 12/11/2012 Dr. Denise Fanton Orefice Cirurgiã Dentista CRO 46.356
---	---	---	---