



Regulador para o Brasil

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



341700
INTERCAMBIO

1-Registro AOS 408414	3-Dia de Emissão da Guia 12/01/07 12:01	4-Dia de Autorização 12/01/07 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7716173	7-Dia Validade da Senha 11/01/07 12:01								
8-Número da Carteira 101021021521441791010101010101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUJO FOREST BRASIL SA	11-Dia Validade da Carteira 11/01/07 12:01								
12-Nome ANTONIO ESTEVAO DE ARAUJO NETO			13-Dia Validade da Guia 27/08/1971	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANTONIO ESTEVAO DE ARAUJO NETO								
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 117118714818218						22-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE							
26-Nome do Profissional Executante DENISE FANTON OREFICE						27-Número no CRO 46356	18-Número no CRO 46356	19-UF SP	20-Código CBO S	25-Código CHES (I) 85100226 (II) 85100226	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100226	025 - Faturar Empresa Enviar - RX
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denome Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura	
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00	0,00	1	12/01/07	12/01/07	12/01/07	
2	00	851002126	RESTAURAÇÃO RESINA	42	1	12,00	0,00	0,00	1	12/01/07	12/01/07	12/01/07	
3	00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	43	1	12,00	0,00	0,00	1	12/01/07	12/01/07	12/01/07	
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	1	12/01/07	12/01/07	12/01/07	
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	1	12/01/07	12/01/07	12/01/07	
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Dia Previsto Término do Tratamento													
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência													
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial													
46-Total Quantidade US 135,00													
47-Valor Total R\$ 101,00													
48-Total Franquia / Co-participação R\$													
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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) 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação													
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/07 Denise Fanton Orefice													
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/07 Denise Fanton Orefice													
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/07 Antonio Estevao de Araujo Neto													
53-Dia, local e Domicílio da Empresa 12/01/07 Dra Denise Fanton Orefice													