



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/14/08/12/01	4-Data de Autorização 10/17/08/12/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7760023	7-Data Validade da Sentença 10/12/11/12/01
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

350954
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/012/012/5/2/03/4/6/0/0/4/7/6/0/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAPAL COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 15/02/1993	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome FABIO JUNIOR TELAXKA	14-Telefone () - - - - -	15-Data de Validade do Plano FABIO JUNIOR TELAXKA
16-Atendimento a RV N	17-Número do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE	18-Número no CRO 46356
19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora (CNPJ/CNP) 1177187148828
22-Número do Contrato Executante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante DENISE FANTON OREFICE	26-Código CBO S 46356	27-UF SP
28-UF SP	29-Código CBO S 46356	30-UF SP

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Autorização
1-010185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OL	11	18	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
2-101081000421	RX PERIAPICAL	RMIE	11	14	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10	10,10
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Pagamento	46-Tipo de Pagamento	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Pagamento
11/11/11	1-1-Tipos de Atendimento	1-1-Tipos de Pagamento	1-1-Tipos de Pagamento	110,10	1-1-Tipos de Pagamento

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(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente: *Raise X*

50-Data local e Assinatura do Solicitante 10/11/08/12/01	51-Data local e Assinatura do Profissional Responsável 10/11/08/12/01	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/08/12/01	53-Data local e Assinatura da Empresa 10/11/08/12/01
---	--	--	---