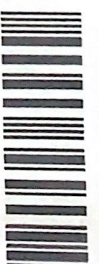




Tratamento Odontológico

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-UP



334893
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2017 12:01	4-Data de Autorização 10/09/2017 12:01	5-Semha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7685733	7-Data Validade da Semha 10/04/2018 12:01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0101201251244479000354021	9-Fruto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUJO FOREST BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome EDIVANE DE ANDRADE CASTRO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV 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 Operação / CNPJ / CPF 11718714812811
22-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CBO S 025 -	26-Valor Enviar - RX (0) 85100200 (0) 85100218	27-Data de Realização 09/07/2018
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Regido	34-Face	35-Cid
1-01018110100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	13	P	1	1
2-01018151000196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	1
3-01018151000196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	1
4-01018151000196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PV	1	1
5-01018151000200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	1
6-01018151000196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	PM	1	1
7-01018151000200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OVL	1	1
8-01018151000218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OVL	1	1
9-01018151000218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OVL	1	1
10-01018151000218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OVL	1	1
11-01018151000218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OVL	1	1
12-01018151000218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OVL	1	1
13-01018151000218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OVL	1	1
14-01018151000218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OVL	1	1
15-01018151000218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OVL	1	1
43-Data Prevista Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Fraturamento					
46-Valor Total R\$					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franchia / 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, 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
09/07/2018 Denise Fanton Orefice

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
09/07/2018 Denise Fanton Orefice

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
09/07/2018 Edivane de Andrade Castro

53-Data, local e Carimbo da Empresa
09/07/2018

Dra. Denise Fanton Orefice
Cirurgiã Dentista

CROSP 46356 - CROPR 8368