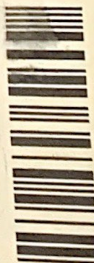


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24"



329620

INTERCAMBIO

1-Registro AAS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/06	4-Data de Autorização 10/03/07	5-Sereta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7660803	7-Data Validade da Sereta 12/02/09
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 01010202511055106014781102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cadastro Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---

13-Nome JOANA ANGELICA DUARTE OLIVEIRA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUCIANO FRANCISCO DE OLIVEIRA
---	------------------------------	--

16-Atendimento a RN DENISE FANTON OREFICE	17-Nome do Contratado Exatante DENISE FANTON OREFICE	18-Número no CHO 46356	19-UF SP	20-Código CIDO S 025 -
--	---	---------------------------	-------------	---------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17187148828	22-Nome do Contratado Exatante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CHO 46356	24-UF SP	25-Código CNES Envair - RX (I) 81000421- (II) 81000421-
--	---	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Exatante DENISE FANTON OREFICE	27-Número no CHO 46356	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tipo de Tratamento	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gress	42-Assinatura
1	0	0	1	1	1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15/06/20
2	0	0	1	1	1	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15/06/20
3	0	0	1	1	1	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15/06/20
4	0	0	1	1	1	7,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15/06/20
5	0	0	1	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15/06/20
6	0	0	1	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15/06/20
7	0	0	1	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15/06/20
8	0	0	1	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15/06/20
9	0	0	1	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15/06/20
10	0	0	1	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15/06/20
11	0	0	1	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15/06/20
12	0	0	1	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15/06/20
13	0	0	1	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15/06/20
14	0	0	1	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15/06/20
15	0	0	1	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15/06/20

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fraturamento	46-Todo Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Todo Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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), (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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/06/2006	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/06/2006	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/06/2006	53-Data, local e Cópia da Empresa 15/06/2006
---	---	---	---

Dra. Denise Fanton Orefice
Cirurgia Dentista
CBO 16.055