



tecnologia para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



351874
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/5/10/8/12/01	4-Dia de Autorização 10/6/10/8/12/01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7764497	7-Dia Validade da Guia 10/3/11/1/12/01
---------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Estabelecimento

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/2/4/4/4/7/9/0/0/2/3/6/0/1/1	9-Piso POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO FOREST BRASIL SA	11-Dia Validade da Carteira 11/1/11/1/12/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	-------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JOSE JUCIMAR FERREIRA DOS SANTOS	14-Tratamento 11/03/1977	15-Nome do titular do plano JOSE JUCIMAR FERREIRA DOS SANTOS
---	-----------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abandono 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 Descrição / CBO / CPE 11711871148218	22-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CIE5 Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante DENISE FANTON OREFICE	27-Número no CRO 46356	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Abela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8				38	0 VM	1		1 2 2 0 0 0		11/4/09/20
2-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8				34	0 DV	1		1 2 2 0 0 0		11/4/09/20
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6				44	0	1		6 1 0 0 0		11/4/08/20
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Citodontia 4-urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidades US 3 0 5 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	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, 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 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 11/4/08/11/08	51-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/4/08/11/08	52-Dia local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/4/10/08/11/08	53-Dia local e Assinatura da Empresa 11/4/10/08/11/08
--	--	---	--

Dr. Denise Fanton Orefice
Cirurgiã Dentista
CRO 46.356