



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



356593
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/3/01/8/12/01	4-Dia de Autorização 2/01/01/8/12/01	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7786586	7-Dia Validade da Guia 11/1/11/1/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010210252444791001013131021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUJO FOREST BRASIL SA	11-Dia Validade da Carteira 11/1/11/1/12/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FLAVIA AKEMI TANAKA DE OLIVEIRA	19/08/1997	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ELISEU RODRIGO DE FARIA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adesão a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE	18-Número no CRO 46356	19-UF SP	20-Código CRO S 025 -	21-Código na Operadora / CRO / CPF 11718711488128	22-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CNES SP	26-Nome do Profissional Executante DENISE FANTON OREFICE	27-Número no CRO 46356	28-UF SP	29-Código CRO S (I) 85100200 (II) 85100200	29-Ativ Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200	40-Dia de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
---------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------	--	---	---------------------------	-------------	----------------------	---	---------------------------	-------------	--	--	----------------------	---------------------	---------------

Piloto de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Dia de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1-0101810100103101	CONSULTA ODONTOLÓGICA	18	O	11	3,4	10,00	0,00	0,00	11/1/11/1/12/01		Flavia Akemi Tanaka de Oliveira
2-0101815110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	11	6,1	10,00	0,00	0,00	11/1/11/1/12/01		Flavia Akemi Tanaka de Oliveira
3-0101815110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	11	6,1	10,00	0,00	0,00	11/1/11/1/12/01		Flavia Akemi Tanaka de Oliveira
4-0101815110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	11	6,1	10,00	0,00	0,00	11/1/11/1/12/01		Flavia Akemi Tanaka de Oliveira
5-0101815110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	11	6,1	10,00	0,00	0,00	11/1/11/1/12/01		Flavia Akemi Tanaka de Oliveira
6-0101815110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	11	6,1	10,00	0,00	0,00	11/1/11/1/12/01		Flavia Akemi Tanaka de Oliveira
7-0101815110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	11	6,1	10,00	0,00	0,00	11/1/11/1/12/01		Flavia Akemi Tanaka de Oliveira
8-0101815110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	11	6,1	10,00	0,00	0,00	11/1/11/1/12/01		Flavia Akemi Tanaka de Oliveira
9-0101815110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	11	6,1	10,00	0,00	0,00	11/1/11/1/12/01		Flavia Akemi Tanaka de Oliveira
10-0101815110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	11	6,1	10,00	0,00	0,00	11/1/11/1/12/01		Flavia Akemi Tanaka de Oliveira
11-0101815110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	11	6,1	10,00	0,00	0,00	11/1/11/1/12/01		Flavia Akemi Tanaka de Oliveira
12-0101815110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	11	6,1	10,00	0,00	0,00	11/1/11/1/12/01		Flavia Akemi Tanaka de Oliveira
13-010181410101918	PROFILAXIA: POLIMENTO	48	O	11	3,5	10,00	0,00	0,00	11/1/11/1/12/01		Flavia Akemi Tanaka de Oliveira
14-010181410101918	PROFILAXIA: POLIMENTO	48	O	11	3,5	10,00	0,00	0,00	11/1/11/1/12/01		Flavia Akemi Tanaka de Oliveira
15-010181410101918	PROFILAXIA: POLIMENTO	48	O	11	3,5	10,00	0,00	0,00	11/1/11/1/12/01		Flavia Akemi Tanaka de Oliveira

43-Dados Previstos no Tratamento

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1856,00	10,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 Operadora 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.

49-Observações

50-Guia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/01/12/01	51-Guia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/01/12/01	52-Guia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/01/12/01	53-Guia, local e Assinatura da Empresa 11/01/01/12/01
---	---	---	--

54-Assinatura do Profissional Solicitante
Denise Fanton Orefice

55-Assinatura do Profissional Executante
Denise Fanton Orefice

56-Assinatura da Empresa
Dra. Denise Fanton Orefice

57-Assinatura do Cirurgião-Dentista
Dra. Denise Fanton Orefice

58-Assinatura do Profissional Solicitante
Dra. Denise Fanton Orefice

59-Assinatura do Profissional Executante
Dra. Denise Fanton Orefice

60-Assinatura da Empresa
Dra. Denise Fanton Orefice