

Cartão de

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



381886
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 12/3/10 19/12/01	4-Dados de Autorização 12/4/10 19/12/01	5-Emissão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7900314	7-Dados Validar da Guia 12/12/11 12/12/10
------------------------	--	--	-------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 01012021512141417900021214011	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA	10-Endereço ARAÚCO FOREST BRASIL SA	11-Dados Validar da Carteira 12/12/11 12/12/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome JORAMIL SOARES DE LIMA	14-Telefone 28/07/1986	15-Nome do titular do plano JORAMIL SOARES DE LIMA
-----------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RUI DENISE FANTON OREFICE	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 da Operadora (CBO) / CPO 11718714181821811	22-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CBO S Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100218 (1) 85100218
26-Nome da Profissional Executante DENISE FANTON OREFICE	27-Número no CRO 46356	28-UF SP	29-Código CBO S (1) 85100218 (1) 85100218 (1) 85100218	

30-Indicador	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes Região	34-Fee	35-CID	36-Quantidade US	37-Moeda	38-Franquia Participação R\$	39-Moeda	40-Dados de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	01	81100000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3,4	0,00	0,00	0,00	11/30/11/10/12/10	11/30/11/10/12/10	Joramil
2-0	01	8151002118	RESTAURAÇÃO RESINA	12	1	1,2	12,00	0,00	0,00	11/41/11/12/10	11/41/11/12/10	Joramil
3-0	01	8151002118	RESTAURAÇÃO RESINA	11	1	1,2	12,00	0,00	0,00	11/41/11/12/10	11/41/11/12/10	Joramil
4-0	01	8151002118	RESTAURAÇÃO RESINA	21	1	1,2	12,00	0,00	0,00	11/41/11/12/10	11/41/11/12/10	Joramil
5-0	01	8151002118	RESTAURAÇÃO RESINA	26	1	1,2	12,00	0,00	0,00	11/41/11/12/10	11/41/11/12/10	Joramil
6-0	01	8151002118	RESTAURAÇÃO RESINA	27	1	1,2	12,00	0,00	0,00	11/41/11/12/10	11/41/11/12/10	Joramil
7-0	01	8151002118	RESTAURAÇÃO RESINA	28	1	1,2	12,00	0,00	0,00	11/41/11/12/10	11/41/11/12/10	Joramil
8-0	01	8151002118	RESTAURAÇÃO RESINA	28	1	1,2	12,00	0,00	0,00	11/41/11/12/10	11/41/11/12/10	Joramil
9-0	01	8151002118	RESTAURAÇÃO RESINA	28	1	1,2	12,00	0,00	0,00	11/41/11/12/10	11/41/11/12/10	Joramil
10-0	01	8151002118	RESTAURAÇÃO RESINA	28	1	1,2	12,00	0,00	0,00	11/41/11/12/10	11/41/11/12/10	Joramil
11-0	01	8151002118	RESTAURAÇÃO RESINA	28	1	1,2	12,00	0,00	0,00	11/41/11/12/10	11/41/11/12/10	Joramil
12-0	01	8151002118	RESTAURAÇÃO RESINA	28	1	1,2	12,00	0,00	0,00	11/41/11/12/10	11/41/11/12/10	Joramil
13-0	01	8151002118	RESTAURAÇÃO RESINA	28	1	1,2	12,00	0,00	0,00	11/41/11/12/10	11/41/11/12/10	Joramil
14-0	01	8151002118	RESTAURAÇÃO RESINA	28	1	1,2	12,00	0,00	0,00	11/41/11/12/10	11/41/11/12/10	Joramil
15-0	01	8151002118	RESTAURAÇÃO RESINA	28	1	1,2	12,00	0,00	0,00	11/41/11/12/10	11/41/11/12/10	Joramil

43-Dados Previstos Tabela do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Moeda Total R\$	48-Total Franquia (Cobertura) R\$
1-1	1-1	1-1	7,6	6,00	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(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-Observações	50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dados, local e Contato da Empresa
	13/01/10/11/12/10	13/01/10/11/12/10	13/01/10/11/12/10	13/01/10/11/12/10

Dr. Denise Fantoni Orefice
Cirurgião Dentista
CROSP SP nº 8386