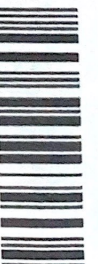




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
21/11/11/2011

4-Dia de Autorização
13/01/11/2011

5-Sigla
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8082898

7-Data Validade da Guia
12/11/2011

426056
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
01020215244479003138013

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
ARAUCO FOREST BRASIL SA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/2011

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
PAULO EDUARDO GARCIA DE ALMEIDA

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
PAULO CRISTIANO FERREIRA DE ALMEIDA

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
08/01/2006

17-Nome do Profissional S-sistema
DENISE FANTON OREFICE

18-Número no CRO
46356

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

21-Código CNES
Faturar Empresa

22-Código CBO S
46356

23-UF
SP

24-Código CBO S
46356

25-Nome do Profissional Escudante
DENISE FANTON OREFICE

26-Nome do Profissional Escudante
DENISE FANTON OREFICE

27-Número no CRO
46356

28-UF
SP

29-Código CBO S
46356

30-UF
SP

31-Código CBO S
46356

32-UF
SP

33-Código CBO S
46356

34-UF
SP

35-Data de Realização
41-Motivo da Guia 42-Signatário

36-Franquia Co-participação R\$

37-AVL

38-Data de Realização

39-Motivo da Guia

40-Signatário

41-Motivo da Guia

42-Signatário

43-Motivo da Guia

44-Signatário

45-Motivo da Guia

46-Signatário

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia Co-participação R\$

39-AVL

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia

42-Signatário

1-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5

EXODONTIA SIMPLES DE

36

1

7 3 10 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

2-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5

EXODONTIA SIMPLES DE

46

1

7 3 10 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

3-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5

EXODONTIA SIMPLES DE

47

1

7 3 10 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

4-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5

EXODONTIA SIMPLES DE

48

1

7 3 10 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

5-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5

EXODONTIA SIMPLES DE

49

1

7 3 10 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

6-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5

EXODONTIA SIMPLES DE

50

1

7 3 10 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

7-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5

EXODONTIA SIMPLES DE

51

1

7 3 10 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

8-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5

EXODONTIA SIMPLES DE

52

1

7 3 10 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

9-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5

EXODONTIA SIMPLES DE

53

1

7 3 10 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

10-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5

EXODONTIA SIMPLES DE

54

1

7 3 10 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

11-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5

EXODONTIA SIMPLES DE

55

1

7 3 10 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

12-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5

EXODONTIA SIMPLES DE

56

1

7 3 10 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

13-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5

EXODONTIA SIMPLES DE

57

1

7 3 10 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

14-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5

EXODONTIA SIMPLES DE

58

1

7 3 10 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

15-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 7 5

EXODONTIA SIMPLES DE

59

1

7 3 10 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Úlceras/Emergência

46-Tipo de Tratamento

47-Tipo de Fractura

48-Tipo de Fractura

49-Tipo de Fractura

50-Tipo de Fractura

51-Tipo de Fractura

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Operadora

54-Data, local e Assinatura da Operadora

55-Data, local e Assinatura da Operadora

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura da Operadora

60-Data, local e Assinatura da Operadora

61-Data, local e Assinatura da Operadora

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura da Operadora

66-Data, local e Assinatura da Operadora

67-Data, local e Assinatura da Operadora