



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.46



335373
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 17/12/01	4-Data de Autenticação 10/9/10 17/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7687823	7-Data Validade da Guia 10/5/11 10/12/01
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Data de Cadastro 01/02/2005	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUJO FOREST BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número da Carteira Nacional de Saúde 10/5/11 10/12/01
----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--	---

13-Nome IASMYM MARIA DE CASTRO BARBOSA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RENATO DE LIMA BARBOSA
---	------------------------------	---

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE	18-UF SP	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	-------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNO / CNP 177187148828	22-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CNO 46356	24-UF SP	25-Código CNES 46356	26-Número no CNO 46356	27-UF SP	28-Código CBO S 46356
--	---	---------------------------	-------------	-------------------------	---------------------------	-------------	--------------------------

29-Nome do Profissional Executante
DENISE FANTON OREFICE

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	01018101010130	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	13,4	10,0		0,0	10/12/01		
2	01018401010174	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16	1	1	14,9	10,0		0,0	10/12/01		
3	01018401010174	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26	1	1	14,9	10,0		0,0	10/12/01		
4	01018401010174	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36	1	1	14,9	10,0		0,0	10/12/01		
5	01018511010145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	46	1	1	18,8	10,0		0,0	10/12/01		
6	01018511010145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	54	1	1	18,8	10,0		0,0	10/12/01		
7	01018511010153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	65	1	1	12,2	10,0		0,0	10/12/01		
8	01018511010161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	84	1	1	12,2	10,0		0,0	10/12/01		
9	01018511010161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	74	1	1	12,2	10,0		0,0	10/12/01		
10	01018511010161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	75	1	1	12,2	10,0		0,0	10/12/01		
11	01018410101090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	7,2	10,0		0,0	10/12/01		
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1917,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	--	-----------------------------------	----------------------------	---

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(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-Observação

50-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/2010 [Assinatura]	51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2010 [Assinatura]	52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2010 [Assinatura]	53-Dado local e Assinatura da Empresa 09/10/2010 [Assinatura]
---	---	---	--

Dra. Denise Fanton Orefice
Cirurgiã Dentista
CROSP 46356 - CROPR 8368