



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



359956
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2018	4-Data de Autorização 12/11/2018	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7801358	7-Data Validade da Guia 11/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Atividade 000202520334600012902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAPAL COOPERATIVA	11-Data Validade da Guia 11/11/2018	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JARA DOS SANTOS ALBUQUERQUE	27/01/1974	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VALDECIR DE ALMEIDA FOGACA
--	------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE	18-Número no CRO 46356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNO / CPF 17187148828	22-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CNE S Enviar - RX (1) 81000421-RPSE (1) 85100200 (1) 81000421-RPID (1) 85100200
---	---	---------------------------	-------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia / Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	81100030				34	00		S	13/03/20		
2	00	851001196				14	V		S	12/04/08		
3	00	851001196				15	V		S	12/04/08		
4	00	851001218				22	OD		S	12/04/08		
5	00	851001218				25	OD		S	12/04/08		
6	00	851001218				45	OD		S	12/04/08		
7	00	851001218				14	OD		S	12/04/08		
8	00	851001218				14	OD		S	12/04/08		
9	00	851001218				14	OD		S	12/04/08		
10	00	851001218				14	OD		S	12/04/08		
11	00	851001218				14	OD		S	12/04/08		
12	00	851001218				14	OD		S	12/04/08		
13	00	851001218				14	OD		S	12/04/08		
14	00	851001218				14	OD		S	12/04/08		
15	00	851001218				14	OD		S	12/04/08		

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Faturado / Co-participação R\$
11/11/2018	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	626,00	0,00	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, compreendendo-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-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2018	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2018	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2018	53-Data local e Carimbo da Empresa 11/11/2018
--	--	--	--

Dr. Denise Fanton Orefice
CRO 46356