



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



335411
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2014	4-Data de Autorização 10/09/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7688030	7-Data Validade da Senha 10/05/2015
8-Número da Carteira 10012012524447900035403			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUJO FOREST BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira 10/01/2015
13-Nome AGATA TAINA CASTRO BARBOSA			11/04/2014	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RENATO DE LIMA BARBOSA
Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)					
16-Atribuição a RN N	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 na Operadora / CNPJ / CPF 117187148828	22-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DENISE FANTON OREFICE		27-Número no CRO 46356	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00851100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	55	OP	1	88,00	0,00		S	04/08/2014		<i>Edina</i>
2	00851100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	52	V	1	61,00	0,00		S	16/07/2014		<i>Edina</i>
3	00851100161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	51	MPV	1	122,00	0,00		S	09/07/2014		<i>Edina</i>
4	00851100161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	61	MPV	1	122,00	0,00		S	16/07/2014		<i>Edina</i>
5	00851100161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	64	OMDV	1	122,00	0,00		S	16/07/2014		<i>Edina</i>
6	00811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	134,00	0,00		S	09/07/2014		<i>Edina</i>
7	00851100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	65	OPD	1	122,00	0,00		S	28/07/2014		<i>Edina</i>
8	00851100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	75	O	1	61,00	0,00		S	30/07/2014		<i>Edina</i>
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 732,00												
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 apresentadas, 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(s) 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 09/07/2014 Denise Fanton Orefice	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/07/2014 Denise Fanton Orefice	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/07/2014 Renato de A. Barbosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/07/2014
---	---	--	---

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