



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



344952
INTERCÂMBIO

temporária para este tipo

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/3/10 7/12/10

4-Data de Autorização
12/7/10 7/12/10

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7732476

7-Data Validade da Senha
12/1/11 10/12/10

8-Data de Beneficiário

0 0 1 0 2 0 2 5 2 4 4 4 7 9 0 0 0 3 2 9 0 1

9-Fluio
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
ARAUJO FOREST BRASIL SA

11-Data Validade da Carteira
12/1/11 10/12/10

12-Número do Cadastro Nacional de Saúde

13-Nome
OSNI JORGE

24/12/1972

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do Titular do plano
OSNI JORGE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a Rm
N

17-Nome do Profissional Solicitante
DENISE FANTON OREFICE

22-Nome do Contratado Executante
DENISE FANTON OREFICE

18-Número no CRO
46356

19-UF
SP

20-Código CRO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNEJ / CNF
1 1 7 1 1 8 7 1 4 8 8 2 8

23-Número no CRO
46356

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Código CRO S

26-Nome do Profissional Executante
DENISE FANTON OREFICE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia-Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Valor da Guia	42-Assinatura
1	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 1 0 1 0	0 0 1 0 1 0	51 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0
2	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 1 0 1 0	0 0 1 0 1 0	51 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0
3	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 1 0 1 0	0 0 1 0 1 0	51 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0
4	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 1 0 1 0	0 0 1 0 1 0	51 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0	11 1 1 2 1 1 0 1 1 2 2 0
5	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
16	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
17	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
18	0 0 1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento
1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1 1 4 4 1 0 1 0

47-Valor Total R\$
0 0 1 0 1 0 1 0

48-Total Franquia / Coparticipação R\$
0 0 1 0 1 0 1 0

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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
11/12/10 8/11/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/10 8/11/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
11/12/10 8/11/10

53-Data, local e Campo da Empresa
11/12/10 8/11/10

54-Data, local e Campo da Empresa
11/12/10 8/11/10

Dra. Denise Fanton Orefice
Cirurgia Dentista
CRPSP 46356 - CNPQ 83369