

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N



1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Dia de Autorização	5-Semeta	6-Número da Guia Principal	7-Dia Validado da Semeta
406414	02/07/201	21/07/201	AUTORIZADO	7679220	30/09/201

9-Aliquota da Cofreiros	10-Empresa	11-Dia/Velocidade da Cofreiros	12-Número do Cartão
0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 7 0 4 3 0 4	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
13-Plano			
POS REDE PRESTADORA			

13-Nome	JOSUE DA SILVA REIS
14-teléfono	04/10/2008
15-Nome do titular do plano	() - - - - - VANESSA DA SILVA REIS

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento	
Tratamento a RN	18-Número no CRO
N	19-UF
DEISE FANTON OREFFICE	SP
	20-Código CBO S
	46356
	025 -
	Faturar Empresa

Z1-Código na Operadora / CNPJ / CPF	Z2-Nome do Contribuinte Executante	Z3-Número no CRO	Z4-LF SP	Z5-Código ONES	Enviar - RX () 85 00218
171871488828	DENISE FANTON OREFICE	46356			

26-Nome do Profissional Exercitante	27-Número do CNO	28-U/F	29-Código CBO S
DEMYSE FANTON OREFFICE	46356	SP	(I) 81000421- (II) 81000421-

Plano de Trabalho - Procedimentos Sólidos			
30- Tabela	31- Cálculo do procedimento	32- Descrição	
		33- Denom. Registo	34- Fica
		35- Cód	36- Quantidade US
		37- Valor	
			38- Família Co-participação RS
			39- Aut
			40- Data

[illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523</
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------

[illegible][illegible][illegible][illegible]

40-Dados Previstos Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Pagamento	☐ 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US	184,00
47-Valor Total R\$	0

Declaro, que todos os procedimentos acima descritos, riscos, custos e alternativas ao tratamento, conforme acima apresentados, estão e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), com meu consentimento e de forma satisfatório(s), folio(am) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar os custos cobrados previsto em contrato.

419 Osier et al.

500-Data, local e Assinatura do Cuidado/Enfermagem	51-Data, local e Assinatura do Cuidado/Enfermagem	52-Data, local e Assinatura do Benefício / Responsável	53-Data, local e Assinatura do Cuidado/Enfermagem
--	---	--	---

[illegible]

100



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/07 12:01	4-Data de Autorização 12/01/07 12:01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7698287	7-Data Validade da sentença 10/08/11 01/12/01
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	--

337751
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0102025110515061017043014	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/01/07	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome JOSUE DA SILVA REIS	04/10/2008	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VANESSA DA SILVA REIS
--------------------------------	------------	------------------------------	--

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 171181714818218	22-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CHES 26-Código CEO S
--	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante DENISE FANTON OREFICE	27-Número no CRO 46356	28-UF SP	29-Código CEO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Final	34-Tipo	35-CID	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-010181410101019101		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	71210101		1010101	15129110711201				
2-010181410101019101												
3-010181410101019101												
4-010181410101019101												
5-010181410101019101												
6-010181410101019101												
7-010181410101019101												
8-010181410101019101												
9-010181410101019101												
10-010181410101019101												
11-010181410101019101												
12-010181410101019101												
13-010181410101019101												
14-010181410101019101												
15-010181410101019101												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Implante Energético	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 17210101	47-Valor Total R\$ 1010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------------	-------------------------------	---

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-Observações	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/07	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/07	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/07	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/07
----------------	---	---	---	---

Dra. Denise Fanton Orefice
Cirurgiã Dentista
CRO 46.356