



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



387362
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/10 12:10	4-Data de Autorização 10/11/10 12:10	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7924427	7-Data Validade da Sentença 13/10/12 12:10
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira

01021021524447901010151014

9-Cartão

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
ARAUJO FOREST BRASIL SA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
SILVIA GABRIELA PEREIRA

09/11/2001

15-Nome do titular do plano
APARECIDO ISETE SANTOS PEREIRA

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento
DENISE FANTON OREFICE

18-Número no CNO
46356

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Carteira (CNPJ / CNP)
171871148128

22-Nome do Contratado Executante
DENISE FANTON OREFICE

23-Número no CNO
46356

24-UF
SP

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
DENISE FANTON OREFICE

27-Endereço do Profissional Executante

28-Endereço do Profissional Executante

29-Endereço do Profissional Executante

30-Endereço do Profissional Executante

31-Endereço do Profissional Executante

32-Endereço do Profissional Executante

33-Endereço do Profissional Executante

34-Endereço do Profissional Executante

35-Endereço do Profissional Executante

36-Endereço do Profissional Executante

37-Endereço do Profissional Executante

38-Endereço do Profissional Executante

39-Endereço do Profissional Executante

40-Endereço do Profissional Executante

41-Endereço do Profissional Executante

42-Endereço do Profissional Executante

43-Endereço do Profissional Executante

44-Endereço do Profissional Executante

45-Endereço do Profissional Executante

46-Endereço do Profissional Executante

47-Endereço do Profissional Executante

48-Endereço do Profissional Executante

49-Endereço do Profissional Executante

50-Endereço do Profissional Executante

51-Endereço do Profissional Executante

52-Endereço do Profissional Executante

53-Endereço do Profissional Executante

54-Endereço do Profissional Executante

55-Endereço do Profissional Executante

56-Endereço do Profissional Executante

57-Endereço do Profissional Executante

58-Endereço do Profissional Executante

59-Endereço do Profissional Executante

60-Endereço do Profissional Executante

61-Endereço do Profissional Executante

62-Endereço do Profissional Executante

63-Endereço do Profissional Executante

64-Endereço do Profissional Executante

65-Endereço do Profissional Executante

66-Endereço do Profissional Executante

67-Endereço do Profissional Executante

68-Endereço do Profissional Executante

69-Endereço do Profissional Executante

70-Endereço do Profissional Executante

71-Endereço do Profissional Executante

72-Endereço do Profissional Executante

Declaração: Que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. De acordo, ainda que o(s) procedimento(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, no profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura:

Assinatura do Profissional Executante

Assinatura do Profissional Executante

Assinatura do Profissional Executante

Assinatura do Profissional Executante

Assinatura do Profissional Executante

Assinatura do Profissional Executante