



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4\*



|                          |                                                |                                             |                            |                                       |                                              |
|--------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>408414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/05/11 10:12:01 | 4-Data de Autenticação<br>12/08/11 10:12:01 | 5-Assinatura<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7963733 | 7-Data Validade da Guia<br>11/03/10 11:12:11 |
|--------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|

397110  
INTERCÂMBIO

|                                                             |                                 |                                       |                                                   |                                       |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>10102102152141414171910101218151011 | 9-Pessoa<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>ARAUJO FOREST BRASIL SA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/03/10 11:12:11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                                             |                                                               |                            |                                                                   |                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>MANOEL HENRIQUE DE CAMARGO BRIZOLA               | 22-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado<br>22/10/1992 | 14-Endereço<br>14-7-Edição | 15-Nome do titular do plano<br>MANOEL HENRIQUE DE CAMARGO BRIZOLA |                                                                                                                       |
| 16-Endereço<br>16-7-Edição                                  | 17-Endereço<br>17-7-Edição                                    | 18-Número no CRO<br>46356  | 19-UF<br>SP                                                       | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa                                                                           |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11711871141818218111 | 22-Nome do Contratado Executante<br>DENISE FANTON OREFICE     | 23-Número no CRO<br>46356  | 24-UF<br>SP                                                       | 25-Código CNES<br>Envia - RX<br>(1) 81000421-<br>(1) 82001294-28<br>(1) 81000421-<br>(1) 82001294-48<br>(1) 81000421- |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>DENISE FANTON OREFICE | 27-Número no CRO<br>46356                                     | 28-UF<br>SP                | 29-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa                       | 30-Data de Realização<br>41- Médico da Empresa 42-Assinatura                                                          |

| 30-Tabula | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dente/Região | 34-Fase | 35-Cód | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação RS | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41- Médico da Empresa 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|--------------------------------|--------|-----------------------|-------------------------------------|
| 1         | 10101811010101031011      | CONSULTA ODONTOLÓGICA  | 1               | 1       | 1      | 34,10,10         | 1,01,01  | 1                              | 1      | 12/08/11 10:12:01     | MANOEL                              |
| 2         | 1010182101011291411       | REMOÇÃO DE DENTES SEMI | 28              | 1       | 1      | 18,61,01,01      | 1,01,01  | 1                              | 1      | 12/08/11 10:12:01     | MANOEL                              |
| 3         | 1010182101011291411       | REMOÇÃO DE DENTES SEMI | 38              | 1       | 1      | 18,61,01,01      | 1,01,01  | 1                              | 1      | 12/08/11 10:12:01     | MANOEL                              |
| 4         | 1010182101011291411       | REMOÇÃO DE DENTES SEMI | 48              | 1       | 1      | 18,61,01,01      | 1,01,01  | 1                              | 1      | 12/08/11 10:12:01     | MANOEL                              |
| 5         | 10101811010101042111      | RX PERIAPICAL          | RMSE            | 1       | 1      | 14,10,10         | 1,01,01  | 1                              | 1      | 12/08/11 10:12:01     | MANOEL                              |
| 6         | 10101811010101042111      | RX PERIAPICAL          | RMIE            | 1       | 1      | 14,10,10         | 1,01,01  | 1                              | 1      | 12/08/11 10:12:01     | MANOEL                              |
| 7         | 10101811010101042111      | RX PERIAPICAL          | RMID            | 1       | 1      | 14,10,10         | 1,01,01  | 1                              | 1      | 12/08/11 10:12:01     | MANOEL                              |
| 8         | 10101841010101191811      | PROFILAXIA: POLIMENTO  | HASD            | 1       | 1      | 3,51,01,01       | 1,01,01  | 1                              | 1      | 12/08/11 10:12:01     | MANOEL                              |
| 9         | 10101841010101191811      | PROFILAXIA: POLIMENTO  | HASE            | 1       | 1      | 3,51,01,01       | 1,01,01  | 1                              | 1      | 12/08/11 10:12:01     | MANOEL                              |
| 10        | 10101841010101191811      | PROFILAXIA: POLIMENTO  | HAIE            | 1       | 1      | 3,51,01,01       | 1,01,01  | 1                              | 1      | 12/08/11 10:12:01     | MANOEL                              |
| 11        | 10101841010101191811      | PROFILAXIA: POLIMENTO  | HAID            | 1       | 1      | 3,51,01,01       | 1,01,01  | 1                              | 1      | 12/08/11 10:12:01     | MANOEL                              |
| 12        | 10101841010101191811      | PROFILAXIA: POLIMENTO  |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                                     |
| 13        | 10101841010101191811      | PROFILAXIA: POLIMENTO  |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                                     |
| 14        | 10101841010101191811      | PROFILAXIA: POLIMENTO  |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                                     |
| 15        | 10101841010101191811      | PROFILAXIA: POLIMENTO  |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                                     |

|                                        |                        |                        |                   |                    |                    |                    |                    |
|----------------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento | 46-Valor Total US | 47-Valor Total R\$ | 48-Valor Total R\$ | 49-Valor Total R\$ | 50-Valor Total R\$ |
| 11/11/11                               | 1                      | 1                      | 774,10,10         | 10,10,10           | 10,10,10           | 10,10,10           | 10,10,10           |

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-Observação

|                                                                                    |                                                                                |                                                                        |                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>12/08/11 10:12:01 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/08/11 10:12:01 | 53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/08/11 10:12:01 | 54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/08/11 10:12:01 |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

CROSP 45735 - CROPR 8368