



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-09

316295
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 25/10/2013	3-Data de Autorização 01/10/2013	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7587270	6-Data validade da Sessão 23/10/2013							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202524447900019503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUCO FOREST BRASIL SA	11-Data validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome JOSE E MANUEL JEFFERSON ANTONIO DE FARIA		14-Telefone 28/07/2013	15-Nome do titular do plano ISRAEL JEFFERSON DE FARIA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Responsável DENISE FANTON OREFICE	18-Número no CRO 46356	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17187148828	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-Central/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0000	0000		03/06/2013		Resam
2	0085100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	54	MOD	1	12200	0000	0000		08/06/2013		Resam
3	0085100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	64	MOD	1	12200	0000	0000		07/06/2013		Resam
4	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	81		1	7300	0000	0000		03/07/2013		Resam
5	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7200	0000	0000		02/07/2013		Resam
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
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), 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/06/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/06/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/06/2013	53-Data, local e Assinatura da Empresa 08/06/2013
---	---	---	--

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