



207



1-Região: AUS	2-Dia de Emissão da Guia	3-Dia de Autorização	4-Semana	5-Número da Guia Principal	6-Dia Validez da Semana
406414	10/4//12//2 0	10/7//12//2 0	AUTORIZADO	8119735	10/4//03//2 1

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento					025 - Faturar Empresa
16-Identificação a RN		17-Nome do Responsável Solidário		18-Número no CRO	
N		DENISE FANTON OREFICE		46356	
				19-U/F SP	
21-Código na Denúncia ICMS II/CFE		22-Nome do Contribuinte Especimên		23-Número no CRO	24-U/F SP
11711871481218		DENISE FANTON OREFICE		46356	25-Código CMES
26-Nome do Produtor/Importador Especimên		27-Número no CRO		28-U/F SP	29-Código CRO S
DENISE FANTON OREFICE		46356			

Plano de Trabalho / Procedimentos Específicos												
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Participo / Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Class	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0		0 0 0 0		5/10/12		
2- 0 0												
3- 0 0												
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

43- Data Prevista 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, a 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data e Assinatura do(s) Engenheiro(s) Solicitante(s)

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Detm. Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data Local e Carimbo da Empresa

Dra. Denise Dentista
Cláudia Dentista
46356-000