



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



346553
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/11/07 12:01	4-Dia de Autorização 13/11/07 12:01	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7739320	7-Dia Validade da Semeta 12/15/11 01/12/10
---------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 101021021521447910101510191011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUJO FOREST BRASIL SA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE EDENILSON DE CAMARGO	10/07/1983	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOSE EDENILSON DE CAMARGO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Endereço a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1171187114181218	22-Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE
26-Nome do Profissional Executante DENISE FANTON OREFICE	18-Número no CRO 46356
	19-UF SP
	23-Número no CRO 46356
	24-UF SP
	25-Código CNE S 025 -
	26-Código CRO S Enviar - RX (1) 85100226 (1) 85100226 (1) 85100226 (1) 85100226 (1) 85100226 (1) 85100200

30-1-Base	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	181010101310	CONSULTA ODONTOLÓGICA		11	1	341010	1	010101	1	012010101201	1	11/11/09 12:01
2-00	1815101012126	RESTAURAÇÃO RESINA	17	10VP	1	12121010	1	010101	1	111101010101	1	11/11/09 12:01
3-00	1815101012126	RESTAURAÇÃO RESINA	16	10VDM	1	12121010	1	010101	1	111101010101	1	11/11/09 12:01
4-00	1815101012126	RESTAURAÇÃO RESINA	14	10VPO	1	12121010	1	010101	1	111101010101	1	11/11/09 12:01
5-00	181510101196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	1	1	1611010	1	010101	1	111101010101	1	11/11/09 12:01
6-00	181510101196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	1	1	1611010	1	010101	1	111101010101	1	11/11/09 12:01
7-00	1815101012126	RESTAURAÇÃO RESINA	11	10VP	1	12121010	1	010101	1	111101010101	1	11/11/09 12:01
8-00	1815101012126	RESTAURAÇÃO RESINA	21	10VPI	1	12121010	1	010101	1	111101010101	1	11/11/09 12:01
9-00	1815101012126	RESTAURAÇÃO RESINA	22	10VP	1	12121010	1	010101	1	111101010101	1	11/11/09 12:01
10-00	181510101196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	1	1	1611010	1	010101	1	111101010101	1	11/11/09 12:01
11-00	1815101012126	RESTAURAÇÃO RESINA	27	10VPD	1	12121010	1	010101	1	111101010101	1	11/11/09 12:01
12-00	181510101196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	1	1	1611010	1	010101	1	111101010101	1	11/11/09 12:01
13-00	181510101196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	1	1	1611010	1	010101	1	111101010101	1	11/11/09 12:01
14-00												
15-00												

43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 111591010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 101010
Declaro, que após ler e compreender o presente, concordo com os procedimentos, 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(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-Observações					

50-Assinatura do Operador do Sistema JOSE EDENILSON DE CAMARGO	51-Assinatura e Autógrafa do Operador-Dentista JOSE EDENILSON DE CAMARGO	52-Assinatura e Autógrafa do Profissional Responsável DENISE FANTON OREFICE	53-Assinatura e Autógrafa da Empresa DENISE FANTON OREFICE	54-Assinatura e Autógrafa da Empresa DENISE FANTON OREFICE
---	---	--	---	---