



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1º-Registro AS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 17/10/19	4-Dia de Autorização 21/10/19	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7879291	7-Dia Valsade da Série 16/11/12
--------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------

8-Número da Carteira 000201252033460005030304	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Enquadr CAPAL COOPERATIVA	11-Dia Valsade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 377097 INTERCÂMBIO
--	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--

13-Nome NILCE DE SOUZA OLIVEIRA	08/07/1975	14-Residência () 970314064	15-Nome do titular do plano ADILSON JOSE OLIVEIRA	
16-Atendimento a RN DENISE FANTON OREFICE	17-Nome do Contratado Exatante DENISE FANTON OREFICE	18-Número no CRO 46356	19-UF SP	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218
21-Código na Orelha / OAP / CPF 1718714823	22-Nome do Contratado Exatante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CRO S
26-Nome do Profissional Exatante DENISE FANTON OREFICE	27-Número no CRO 46356	28-UF SP	29-Código CRO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Substanciais												
30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Frac	35-Crd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Signatura
1-0	0185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	23	PDV	1	12200	0,00	0,00	12200	01/11/19		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto Terminar o Tratamento	44-Tipo de Atividade do	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1121200	10,00	

Declaração: que após ler sido devidamente esclarecido sobre as propriedades, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e ancor com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e da 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 a car com os custos conforme previsto em contrato.

50-Guia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 18/10/19	51-Guia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/19	52-Guia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/19	53-Guia local e Carimbo da Empresa 18/10/19	54-Dia de Realização 18/10/19	55-Dia de Realização 18/10/19
--	--	--	--	----------------------------------	----------------------------------

Dr. Denise Fanton Orefice
CRO 46.356