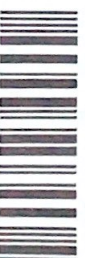




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



1-Registro AAS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/15/10/19/12/01	4-Data de Autorização 12/19/10/19/12/01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7909231	7-Data Validação da Guia 12/14/11/12/12/01
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	---

8-Endereço para envio de guias

9-Prévio

10-Endereço

11-Cidade Validação da Guia

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA EDUARDA DE SOUZA OLIVEIRA	14-Telefone () 9 7 0 3 1 4 0 6 1 4	15-Nome do titular do plano ADILSON JOSE OLIVEIRA
--	--	--

16-Endereço e RN DENISE FANTON OREFICE	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE	18-Número no CRO 46356	19-UF SP	20-Código CRO S 025 -
---	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 7 1 8 7 1 4 8 8 2 8	22-Nome da Contratada / Endossatária DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
--	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Encarregado DENISE FANTON OREFICE	27-Número no CRO 46356	28-UF SP	29-Código CRO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Específicos

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Exat	42-Atenuação
1-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9	EXODONTIA SIMPLES DE	63	1	7 3 0 0 0	0,00	0,00	0,00	13/04/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Finalização 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.

Assinatura

50-Data e Assinatura do Paciente / Operadora Educadora 29/11/2010	51-Data e Assinatura do Profissional 29/11/2010	52-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/2010	53-Data e Assinatura do Profissional 29/11/2010
--	--	--	--

Denise Fanton Orefice
CRO 46.356