



8-Número da Carteira 0 0 2 1 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 7 0 4 3 0 3	9-Primo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Dia Validade da Carteira _/_/__/__/_/_/_/_/_/_	12-Número do Cartão
---	--------------------------------	--	--	---------------------

13- Nome	CLAUDIA DA SILVA REIS
25/10/2005	
14- Telefone	() - -
15- Nome do titular do plano	VANESSA DA SILVA REIS

16-Identificação a 2N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CBO	19-UF	20-Código CBO S
N	DENISE FANTON OREFFICE	46356	SP	025 - Cultura, Emprego

21-Código na Operação CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CIES	Enviar - RX
1 7 7 1 8 7 1 4 8 8 2 8	DENISE FANTON OREFICE	46356	SP		(I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CRO S		(I) 85100218
DENISE FANTON OREFICE	46356	SP			(I) 85100218
					(I) 8510

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Regiões	34- Fone	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Anul	39- Franquia/Co-participação R\$	40- Data de Realização	41- Motivo da Causa	42- Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA										
1-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	17	DOM	1	1 3 4	1 0 1 0					
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DOM	1	1 2 2	1 0 1 0					
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	1 2 2	1 0 1 0					
4-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	ODM	1	1 2 2	1 0 1 0					
5-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DOM	1	1 2 2	1 0 1 0					
6-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	1 2 2	1 0 1 0					
7-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOM	1	1 2 2	1 0 1 0					
8-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	37	DMO	1	1 2 2	1 0 1 0					
9-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	34	DOM	1	1 2 2	1 0 1 0					
10-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOMV	1	1 2 2	1 0 1 0					
12-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MOV	1	1 2 2	1 0 1 0					

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento conforme acima apresentados, cabido e autorizado a execução do tratamento, comprometo-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(são) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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.

50-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2011 30 <i>Deixe</i>	51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011 20 <i>Deixe</i>	52-Dado local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/11/2011 25 <i>Deixe</i>	53-Dado local e Caimbo da Empresa 12/11/2011 20 <i>Deixe</i>
---	---	---	--

Dentice Partner Office

Cirurgião Dentista
CRO 46.356



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x4



334132
INTERCÂMBIO

1º Registro ANS 406414	3ª Data de Emissão da Guia 10/13/10/17/12/10	4ª Data de Autorização 11/01/10/17/12/10	5ª Sentença AUTORIZADO	6ª Número da Guia Principal 7682446	7ª Data Validade da Sentença 10/11/11/10/12/10
8ª Nome do Beneficiário CLAUDIA DA SILVA REIS		9ª Plano POS REDE PRESTADORA	10ª Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11ª Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12ª Número do Cartão Nacional de Saúde
13ª Nome CLAUDIA DA SILVA REIS		25/10/2005		15ª Nome do titular do plano VANESSA DA SILVA REIS	
16ª Atendimento a RV N		17ª Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE		18ª Número no CRO 46356	19ª UF SP
21ª Código na Operadora / CNPJ / CPF 117181148828		22ª Nome do Contratado Excusante DENISE FANTON OREFICE		23ª Número no CRO 46356	24ª UF SP
25ª Nome do Profissional Excusante DENISE FANTON OREFICE		27ª Número no CRO 46356		28ª UF SP	29ª Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421- (1) 81000421-RPIE
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30ª Tabela	31ª Código do Procedimento	32ª Descrição	33ª Dente Right	34ª Foco	35ª Cód
1-0	1-0	1-0	1-0	1-0	1-0
2-0	2-0	2-0	2-0	2-0	2-0
3-0	3-0	3-0	3-0	3-0	3-0
4-0	4-0	4-0	4-0	4-0	4-0
5-0	5-0	5-0	5-0	5-0	5-0
6-0	6-0	6-0	6-0	6-0	6-0
7-0	7-0	7-0	7-0	7-0	7-0
8-0	8-0	8-0	8-0	8-0	8-0
9-0	9-0	9-0	9-0	9-0	9-0
10-0	10-0	10-0	10-0	10-0	10-0
11-0	11-0	11-0	11-0	11-0	11-0
12-0	12-0	12-0	12-0	12-0	12-0
13-0	13-0	13-0	13-0	13-0	13-0
14-0	14-0	14-0	14-0	14-0	14-0
15-0	15-0	15-0	15-0	15-0	15-0
36ª Quantidade US					
37ª Valor					
38ª Franquia / Coparticipação R\$					
39ª Aut					
40ª Data de Realização					
41ª Motivo da Guia					
42ª Assinatura					
43ª Data Prevista Término do Tratamento					
44ª Tipo de Atendimento					
45ª Tipo de Faturamento					
46ª Total Quantidade US					
47ª Valor Total R\$					
48ª Total Franquia / Coparticipação 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) 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.					
49ª Observação					
50ª Data local e Assinatura do Consultado/Donatário 12/10/11/20					
51ª Data local e Assinatura do Contratado/Excusante 12/10/11/20					
52ª Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/11/20					
53ª Data local e Carimbo da Empresa 12/10/11/20					
54ª Data local e Assinatura do Profissional 12/10/11/20					