



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



400033
INTERCÂMBIO

1-Delegado ANS
4006414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/10 11:20

4-Data de Autorização
21/11/10 11:20

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7975309

7-Data Validade da Guia
11/01/11 11:21

8-Número da Carteira

0101020251108751101014446104

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CASTROLANDA COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número da Carteira Nacional da Saúde

13-Nome
FLAVIA DAYANE ANTUNES

03/10/2000

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
ROBERTO APARECIDO ANTUNES

16-Endereço Completo Residencial pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
DENISE FANTON OREFICE

18-Código da Operadora / CNPJ / CPF
171187148828

22-Nome do Contratado Executante
DENISE FANTON OREFICE

25-Nome do Profissional Executante
DENISE FANTON OREFICE

16-Número no CRO
46356

23-Número no CRO
46356

19-UF
SP

24-UF
SP

20-Código CBO 5

25-Código CNES

26-Código CBO 9

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200
(1) 85100200

27-Descrição

30-1-Atividade

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Ant

40-Data de Realização

41-Motivo da Guise 42-Assinatura

1-01010851101020101

RESTAURAÇÃO RESINA

36

OV

1

18810101

010101

010101

28

101020

Flavie

2-1010108511010119161

RESTAURAÇÃO RESINA

37

O

1

16110101

010101

010101

26

111020

Flavie

3-1010108511010119161

RESTAURAÇÃO RESINA

38

O

1

16110101

010101

010101

26

111020

Flavie

4-1010108511010120101

RESTAURAÇÃO RESINA

46

OV

1

18810101

010101

010101

26

111020

Flavie

5-1010108511010119161

RESTAURAÇÃO RESINA

47

O

1

16110101

010101

010101

26

111020

Flavie

6-1010108513101010471

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

47

HASE

1

13610101

010101

010101

26

111020

Flavie

7-1010108513101010471

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

48

HAIE

1

13610101

010101

010101

26

111020

Flavie

8-1010108513101010471

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

49

HAID

1

13610101

010101

010101

26

111020

Flavie

9-1010108513101010471

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

50

HAID

1

13610101

010101

010101

26

111020

Flavie

10-1010108513101010471

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

51

HAID

1

13610101

010101

010101

26

111020

Flavie

11-1010108513101010471

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

52

HAID

1

13610101

010101

010101

26

111020

Flavie

12-1010108513101010471

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

53

HAID

1

13610101

010101

010101

26

111020

Flavie

13-1010108513101010471

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

54

HAID

1

13610101

010101

010101

26

111020

Flavie

14-1010108513101010471

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

55

HAID

1

13610101

010101

010101

26

111020

Flavie

15-1010108513101010471

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

56

HAID

1

13610101

010101

010101

26

111020

Flavie

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre 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 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

44-Observações

Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/10 11:20 Flavie

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/10 11:20 Flavie

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/10 11:20 Flavie

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/10 11:20

Dra. Denise Fanton Orefice
Cirurgia Dentista
CROSP 46356 - CRO 8368-PR