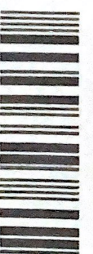


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



386870
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/09 12:01	4-Data de Autorização 01/11/10 12:01	5-Sentiu AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7923872	7-Data Validade da Guia 12/01/12 12:01
---------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 000202524447900032903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUJO FOREST BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional do Saúde
---	--------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MARI DENILSA RAMOS JORGE	08/02/1977	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano OSNI JORGE
-------------------------------------	------------	------------------------------	---

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

21-Código na Orelha / CNA / CPE 177187148828	22-Nome do Contrato Executante DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CIES Enviar - RX
---	---	---------------------------	-------------	-------------------------------

26-Nome do Profissional Executante DENISE FANTON OREFICE	27-Número no CRO 46356	28-UF SP	29-Código CRO S (I) 81000421- (II) 81000421-
---	---------------------------	-------------	--

30-Índice	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0101010101030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			11		34	0,00	0,00		01/11/10	29	
2-0101010102118	RESTAURAÇÃO RESINA	16	VOP	11		12	0,00	0,00		01/11/10	29	
3-01010101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	11		6	0,00	0,00		01/11/10	29	
4-01010101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	46	D	11		6	0,00	0,00		01/11/10	29	
5-01010101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	11		6	0,00	0,00		01/11/10	29	
6-01010101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	11		6	0,00	0,00		01/11/10	29	
7-01010101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	11		6	0,00	0,00		01/11/10	29	
8-01010101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	11		6	0,00	0,00		01/11/10	29	
9-0101010104211	RX PERIAPICAL	RMSP		11		14	0,00	0,00		01/11/10	29	
10-0101010104211	RX PERIAPICAL	RMID		11		14	0,00	0,00		01/11/10	29	
11-01010101011916												
12-01010101011916												
13-01010101011916												
14-01010101011916												
15-01010101011916												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Paciente	46-Tipo de Paciente	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$
	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Clonagem	4-Atendimento Emergência	1-Total 2-Parcial	5-50,00	0,00

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), foi(ram) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
06/11/09/2009	06/11/09/2009	06/11/09/2009	06/11/09/2009

Dra. Denise Fanton Uricuri
Cirurgiã Dentista
CROSP 46356 - CROPR 836F