



Tratamento para Odontolife

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



395411  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS  
406414

3-Data de Emissão da Guia  
11/01/2011

4-Data de Autorização  
11/01/2011

5-Serviço  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
7956363

7-Data Validação da Guia  
11/01/2011

8-Endereço do Beneficiário

010120125124414791010151504

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
ARAUJO FOREST BRASIL SA

11-Data Validade da Carteira  
11/01/2011

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
SILVIA GABRIELA PEREIRA

09/11/2001

14-Telefone  
( ) - - - - -

15-Nome do titular do plano  
APARECIDO ISETE SANTOS PEREIRA

16-Endereço do Beneficiário

17-Nome do Profissional Solicitante  
DENISE FANTON OREFICE

22-Nome do Contratado Executante  
DENISE FANTON OREFICE

18-Número no CRO  
46356

19-Uf  
SP

20-Código CRO S  
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1171871481828

22-Nome do Contratado Executante  
DENISE FANTON OREFICE

23-Número no CRO  
46356

24-Uf  
SP

25-Código CNES

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Solicitante  
DENISE FANTON OREFICE

27-Número no CRO  
46356

28-Uf  
SP

29-Código CRO S

30-Endereço do Beneficiário

31-Código do Procedimento  
100082000859 EXODONTIA DE RAIZ

32-Descrição

33-Data Registo

34-Fraco

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Moeda da Guia

42-Assinatura

43-Valor Total R\$

44-Total Franquia / Co-participação R\$

45-Valor Total R\$

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Valor Total R\$

50-Total Franquia / Co-participação R\$

51-Valor Total R\$

52-Total Franquia / Co-participação R\$

53-Valor Total R\$

54-Total Franquia / Co-participação R\$

55-Valor Total R\$

56-Total Franquia / Co-participação R\$

57-Valor Total R\$

58-Total Franquia / Co-participação R\$

59-Valor Total R\$

60-Total Franquia / Co-participação R\$

61-Valor Total R\$

62-Total Franquia / Co-participação R\$

63-Valor Total R\$

64-Total Franquia / Co-participação R\$

65-Valor Total R\$

66-Total Franquia / Co-participação R\$

67-Valor Total R\$

68-Total Franquia / Co-participação R\$

69-Valor Total R\$

70-Total Franquia / Co-participação R\$

71-Valor Total R\$

72-Total Franquia / Co-participação R\$

73-Valor Total R\$

74-Total Franquia / Co-participação R\$

75-Valor Total R\$

76-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração: 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.

49-Observação

50-Data, Assinatura e Assinatura do Contratado-Operadora

51-Data, Assinatura e Assinatura do Contratado-Operadora

52-Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, Assinatura e Assinatura da Empresa

54-Data, Assinatura e Assinatura da Empresa

55-Data, Assinatura e Assinatura da Empresa

56-Data, Assinatura e Assinatura da Empresa

57-Data, Assinatura e Assinatura da Empresa

58-Data, Assinatura e Assinatura da Empresa

59-Data, Assinatura e Assinatura da Empresa

60-Data, Assinatura e Assinatura da Empresa