



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



337552
INTERCAMBIO

1- Agência ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 11/01/07 12:01	4- Data de Autorização 11/01/07 12:01	5- Setor AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7697444	7- Data Validade da Setor 10/01/10 12:01													
8- Número da Carteira 01012012512141417910101212141014			9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa ARAUJO FOREST BRASIL SA	11- Data Validade da Carteira 11/01/07 12:01													
13- Nome CIBELLE CRISTINY DE CASTRO LIMA			20/01/2009	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do titular do plano JORAMIL SOARES DE LIMA													
16- Atendimento a RN DENISE FANTON OREFICE						17- Nome do Profissional Societário DENISE FANTON OREFICE	18- Número no CRO 46356	19- UF SP	20- Código CRO S 025 -	21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 11711817114181218	22- Nome do Contratado Executante DENISE FANTON OREFICE	23- Número no CRO 46356	24- UF SP	25- Código CNES 26- Código CRO S	27- Número no CRO 46356	28- UF SP	29- Código CRO S	30- Franquia/Co-participação R\$ 39- Aut 40- Data da Realização 41- Motivo da Ocorrência 42- Assinatura

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Rancho	34- Fato	35- Cuid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data da Realização	41- Motivo da Ocorrência	42- Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 4 5	RESTAURAÇÃO EM IONOMERO	16	OP	1	8 8 10 10	0,10 10	0,10 10	5126108120	10/01/08 12:00	20/01/08 12:00	Felipe
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 4 5	RESTAURAÇÃO EM IONOMERO	26	OP	1	8 8 10 10	0,10 10	0,10 10	5126108120	10/01/08 12:00	20/01/08 12:00	Felipe
3- 1												
4- 1												
5- 1												
6- 1												
7- 1												
8- 1												
9- 1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43- Data Previsto Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 1176,10	47- Valor Total R\$ 0,10 10	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.

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Conselho Odontológico Solicitante
51- Data, local e Assinatura do Conselho Odontológico
52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53- Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Denise Fanton Orefice
Cirurgia Dentista
CROSP 46356 - CROPR 8368