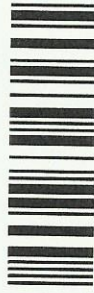


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

378790
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 19/10/2019		4-Data de Autorização 22/11/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7886812		7-Data Validade da Senha 18/11/2020	
8-Número da Carteira 002020251055060129950112995011											
9-Plano POS REDE PRESTADORA											
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA											
11-Data Validade da Carteira 11/11/11											
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome DARCI NUNES PEREIRA											
14-Telefone (14) 3572-1772											
15-Nome do titular do plano DARCI NUNES PEREIRA											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA											
18-Número no CRO 36455											
19-UF SP											
20-Código CBO S											
21-Código na Operadora / CNP / CPF 1057550382											
22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA											
23-Número no CRO 36455											
24-UF SP											
25-Código CNES											
26-UF SP											
27-Número no CRO 36455											
28-UF SP											
29-Código CBO S											
30-Tabella											
31-Código do Procedimento											
32-Descrição											
33-Dente/Região											
34-Face											
35-Qtd											
36-Quantidade US											
37-Valor											
38-Franquia/Co-participação R\$											
39-Aut											
40-Data de Realização											
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura											
43-Data Previsão Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Faturamento											
46-Total Quantidade US											
47-Valor Total R\$											
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), foi(ram) 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/2019 <i>Adriana S. Jordani M. Fonseca</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2019 <i>Adriana S. Jordani M. Fonseca</i>	52-Data, local e Assinatura do Bancário? Responsável 26/10/2019 <i>Adriana S. Jordani M. Fonseca</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista