

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244

1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão de Guia 12/10/2017 4-Data de Autuação 12/10/2017 5-Semha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7724236 7-Data Validação da Guia 12/10/2017 8-Data Validação da Guia 12/10/2017

343436
INTERCAMBIO

8-Atividade da Categoria 10-02020251055060114318011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Dados Validados da Categoria 12-Número de Contrato Nacional de Saúde

13-Nome KELLY REGINA CHAVES FRANZE 14-Telefone 22/07/1981 15-Nome do titular do plano KELLY REGINA CHAVES FRANZE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Inscrição em R.N. 17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 18-Número no CRO 36455 19-UF SP 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1005775503882 22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 23-Número no CRO 36455 24-UF SP 25-Código CIES 26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 27-Número no CRO 36455 28-UF SP 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-UF	40-Data de Realização	41-Motivo da Exclusão	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	SP	24/10/2017	18	
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	SP	24/10/2017	20	
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	SP	24/10/2017	20	
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	SP	24/10/2017	20	
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	SP	24/10/2017	20	
6-1	1		1	1	1	0,00	0,00	0,00	SP			
7-1	1		1	1	1	0,00	0,00	0,00	SP			
8-1	1		1	1	1	0,00	0,00	0,00	SP			
9-1	1		1	1	1	0,00	0,00	0,00	SP			
10-1	1		1	1	1	0,00	0,00	0,00	SP			
11-1	1		1	1	1	0,00	0,00	0,00	SP			
12-1	1		1	1	1	0,00	0,00	0,00	SP			
13-1	1		1	1	1	0,00	0,00	0,00	SP			
14-1	1		1	1	1	0,00	0,00	0,00	SP			
15-1	1		1	1	1	0,00	0,00	0,00	SP			

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantificado US 1174,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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) 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 24/10/2017 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2017 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2017 53-Data, local e Contributo da Empresa

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