

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

404190
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/11 4-Data de Autorização 12/06/11 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7992990 7-Data Validade da Sentia 12/12/11 8-Data Validade da Sentia 12/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

100202510550600587101

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

MARCOS NAVARRO PEREIRA

24/07/1966

14-Telefone

() -

15-Nome do titular do plano

MARCOS NAVARRO PEREIRA

Direito do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA

18-Número no CRO

36455

19-UF

SP

20-Código CBO S

36455

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10575503882

22-Nome do Contratado Executante

ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA

23-Número no CRO

36455

24-UF

SP

25-Código CNES

36455

26-UF

SP

26-Nome do Profissional Executante

ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA

27-Número no CRO

36455

28-UF

SP

29-Código CBO S

36455

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

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

1-0081000065 CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

3-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

4-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

5-0084000198 PROFILAXIA: POLIMENTO

6-0084000198 HAID

7-0084000198

8-0084000198

9-0084000198

10-0084000198

11-0084000198

12-0084000198

13-0084000198

14-0084000198

15-0084000198

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

46-Tipo de Faturamento

47-Total Quantidade US

48-Valor Total R\$

49-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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca

CROSP 36.455

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca

CROSP 36.455

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca

CROSP 36.455

Cirurgião Dentista

Cirurgião Dentista