



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/1991/12/01	4-Data de Autorização 19/10/1991/12/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7874772	7-Data Validade da Sentença 11/04/11/12/12/01
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	--

376143
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101200215105106011151151011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome JOAO DOMINGOS LOPES CANELLA	28/10/1976	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOAO DOMINGOS LOPES CANELLA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento 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 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110575503882	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA	23-Número no CRO 36455	24-UF SP	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA	27-Número no CRO 36455	28-UF SP	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00						
2-1010840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00						
3-1010840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00						
4-1010840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00						
5-1010840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00						
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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 174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

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

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