



Marquidada para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/12	4-Data de Autorização 11/09/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7874830	7-Data Validade da Senha 14/12/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202025105506006379011	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome CLAUDIO MUNIZ LOPES DA COSTA REIS JUNIOR			15-Nome do titular do plano CLAUDIO MUNIZ LOPES DA COSTA REIS JUNIOR		

16-Atendimento a RN 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 105750388211		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	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

30-Tabela		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 Class 42-Assinatura
1-00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	1	3400	0,00			S	11/09/12	0000
2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	3500	0,00			S	11/09/12	0000
3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	3500	0,00			S	11/09/12	0000
4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	3500	0,00			S	11/09/12	0000
5-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO											
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 11/09/12, SP, Adriana S. Jordani M. Fonseca	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/12, SP, Adriana S. Jordani M. Fonseca	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/12, SP, Claudio Muniz Lopes da Costa Reis Junior	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36.455

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36.455