

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



337933
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/2/07 4-Data de Autuação 11/4/07 5-Sinla AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7698875 7-Data Vencimento da Sinla 11/01/10 8-Data Vencimento da Sinla 11/01/20

9-Número da Carteira 01020215101550160017149011 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Data Vencimento da Carteira 11/1/11 12-Número do Contrato Nacional de Saúde 13-Nome VALDIRA DE SOUZA V SIMENSATTO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano VALDIRA DE SOUZA V SIMENSATTO

16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 22/07/1953 17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 18-Número no CRO 36455 19-UF SP 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 110575150388211 22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 23-Número no CRO 36455 24-UF SP 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 27-Número no CRO 36455 28-UF SP 29-Código CRO S 30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Índice	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dentifrigido	35-Faixa	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-10	018101010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00	15,07	40			
2-10	018401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35,00	0,00	15,07	20			
3-10	018401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35,00	0,00	15,07	20			
4-10	018401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35,00	0,00	15,07	20			
5-10	018401010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35,00	0,00	15,07	20			
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-Parcela 46-Total Quantidade US 1174,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchisa / 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 15/07/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 15/07/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/1/11

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36/455
Cirurgiã Dentista

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36/455
Cirurgiã Dentista