

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



404139
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/04/11 01/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7992850		7-Data Validade da Senha 12/12/11 01/12/11		
Dados do Beneficiário				12-Número do Cartão Nacional de Saúde						
8-Número da Carteira 000202510550600800404		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira		15-Nome do titular do plano ADRIANA CEZARIO DE CAMARGO		
13-Nome AMARILDO BENVINDO DE CAMARGO		23/03/1971		14-Telefone		16-Número no CRO 36455		19-UF SP		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				20-Código CBO S		25-Código CNES		025 - Faturar Empresa		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA		22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA		23-Número no CRO 36455		24-UF SP		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110575503882		22-Nome do Contratado 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	40-Data de Realização	41-Motivo da Cisão 42-Assinatura
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00			26/11/2010	Adriana
2-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00			26/11/2010	Adriana
3-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00			26/11/2010	Adriana
4-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00			26/11/2010	Adriana
5-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00			26/11/2010	Adriana
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		174,00		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(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 26/11/2010 <i>Adriana</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/2010 <i>Adriana</i>
Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgiã Dentista	Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgiã Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/2010 <i>Adriana</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa