



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/03/10 4-Data de Autorização 10/08/10 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7844805 7-Data Validade da Serina 10/02/12 369130 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100210251051060151127021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Nº do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MAURO ANTONIO PENITENTE 14-Telefone 02/01/1961 15-Nome do titular do plano CELIA REGINA LUIZAO PENITENTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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 10575503882 22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA 23-Número no CRO 36455 24-UF SP 25-Código CNES 81000421-1

26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 27-Número no CRO 36455 28-UF SP 29-Código CBO S 81000421-RPIE 85400220-37

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	14,00	0,00	08	09	10	11	08/09/10
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPIE	1	1	14,00	0,00	14	09	20	11	08/09/20
3-00	85400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	37	1	1	29,90	0,00	11	09	20	11	08/09/20
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 327,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 35.455
Cirurgiã Dentista

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 35.455
Cirurgiã Dentista