



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/4/11 01/2/10 4-Data de Autorização 06/11/11 02/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7992967 7-Data Validade da Guia 22/2/10 11/2/11

404176
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 101020215105106014310021 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome JOSE CARLOS FRANZE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17/09/1953

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 14-Telefone () -

11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 15-Nome do titular do plano MARTA REGINA CHAVES FRANZE 16-Número do Cartão Nacional de Saúde

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 1105755103882 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-Índice	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-Moeda da Classificação
1	00	811000065				34,00	0,00				
2	00	840000198				35,00	0,00				
3	00	840000198				35,00	0,00				
4	00	840000198				35,00	0,00				
5	00	840000198				35,00	0,00				
6	00	840000198				35,00	0,00				
7	00	840000198				35,00	0,00				
8	00	840000198				35,00	0,00				
9	00	840000198				35,00	0,00				
10	00	840000198				35,00	0,00				
11	00	840000198				35,00	0,00				
12	00	840000198				35,00	0,00				
13	00	840000198				35,00	0,00				
14	00	840000198				35,00	0,00				
15	00	840000198				35,00	0,00				

43-Data Prevista 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\$ 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) 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 06/11/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa

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

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