

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



376145
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/09/2010	4-Data de Autorização 19/09/2010	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7874784	7-Data Validade da Semeta 14/12/2010
8-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601151503	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		
13-Nome BRUNA DANGELO CANELLA			14-Telefone () -		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10575503882			22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA		
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA			27-Número no CRO 36455		
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-0081000065			32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		
2-0084000198			33-Dente/Região HASD		
3-0084000198			34-Face 1		
4-0084000198			35-Qtd 1		
5-0084000198			36-Quantidade US 34,00		
6-0084000198			37-Valor 0,00		
7-0084000198			38-Franquia/Co-participação R\$ 21,09		
8-0084000198			39-Aut 21,09		
9-0084000198			40-Data de Realização 21/09/2010		
10-0084000198			41-Motivo da Glcra 21,09		
11-0084000198			42-Assinatura kll		
12-0084000198			43-Valor Total R\$ 21,09		
13-0084000198			44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		
14-0084000198			45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial		
15-0084000198			46-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial		
43-Data Previsão Término do Tratamento / /			44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		
45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial			46-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial		
47-Valor Total R\$ 21,09			48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		

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

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
21/09/2010
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/09/2010
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/09/2010
53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /