

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



395491
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 14/11/2012		4-Data de Autorização 17/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7956696		7-Data Validade da Senha 12/01/2013	
8-Número da Carteira 002012510550600248802				9-Piano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA			
11-Data Validade da Carteira 11/11/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde				13-Nome MARIA LUIZA CORREA DIOTTI			
14-Telefone () - - - - -				15-Nome do titular do plano GILBERTO JOSE DE CARVALHO				16-Data de Realização 04/04/1969			
17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA				18-Número no CRO 36455				19-UF SP			
20-Código CBO S 025 -				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 A			
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA				27-Número no CRO 36455				28-UF SP			
29-Código CBO S				30-Franchisa/Co-participação R\$				31-Aut 19/10/20			
32-Data de Realização				33-Motivo da Guia				34-Assinatura			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Q-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	10,0	0,0	19/10/20			
2	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	10,0	0,0	19/10/20			
3	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	10,0	0,0	19/10/20			
4	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	10,0	0,0	19/10/20			
5	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	10,0	0,0	19/10/20			
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 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\$ 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(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

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

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