



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 11/4/11 01/2/01

5-Serinha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7956714

7-Data Validade da Serinha 11/2/11 01/1/2/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025105506002488011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GILBERTO JOSE DE CARVALHO

02/02/1972

14-Telefone

15-Nome do titular do plano GILBERTO JOSE DE CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 110575503882

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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DentierRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
		CONSULTA ODONTOLÓGICA										
2-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO										
3-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO										
4-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO										
5-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO										
6-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO										
7-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO										
8-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO										
9-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO										
10-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO										
11-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO										
12-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO										
13-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO										
14-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO										
15-0	0	8	4	0	0	1	9	8				
		PROFILAXIA: POLIMENTO										
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial										

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
19/11/2011
Dr. Adriano S. Jordani Meirelles da Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/11/2011
Dr. Adriano S. Jordani Meirelles da Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/11/2011
Gilberto Jose de Carvalho

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/2/11