

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



343403
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/2017 4-Data de Autorização 12/10/2017 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7724075 7-Data Validade da Sentença 12/10/2017 8-Data de Benefício

8-Número da Carteira 0102025101515060110047021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Vencimento da Carteira 11/11/11 12-Número do Contrato Nacional da Saúde 13-Nome MARIA EMILIA SCARPARI DE SOUZA 14-Plano 13/12/2002 15-Nome do Titular de Plano ALINE RADUAM SCARPARI

16-Alteração 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 - 21-Código na Operação / CNPJ / CPF 1105755038821 22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 23-Número no CRO 36455 24-UF SP 25-Código CBO S 26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 27-Número no CRO 36455 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010	810010065			1	13,4	10,0			10/10/0		
2	010	840010198			1	3,5	10,0			10/10/0		
3	010	840010198			1	3,5	10,0			10/10/0		
4	010	840010198			1	3,5	10,0			10/10/0		
5	010	840010198			1	3,5	10,0			10/10/0		
6	010	840010198			1	3,5	10,0			10/10/0		
7	010	840010198			1	3,5	10,0			10/10/0		
8	010	840010198			1	3,5	10,0			10/10/0		
9	010	840010198			1	3,5	10,0			10/10/0		
10	010	840010198			1	3,5	10,0			10/10/0		
11	010	840010198			1	3,5	10,0			10/10/0		
12	010	840010198			1	3,5	10,0			10/10/0		
13	010	840010198			1	3,5	10,0			10/10/0		
14	010	840010198			1	3,5	10,0			10/10/0		
15	010	840010198			1	3,5	10,0			10/10/0		
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Pagamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
12/10/2017	1-1	1-1	174,00	174,00	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

60-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

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

61-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

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

62-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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

63-Dado, local e Carimbo da Empresa

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