

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

359659
INTERCAMBIO



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 19/10/2012 4-Dia de Autorização 21/10/2012 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7800083 7-Dia Validade da Guia 17/11/2012

8-Número da Carteira 00202105105506012150021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Dia Validade da Carteira 17/11/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FELIPE HENRIQUE CARV DE MOURA 29/08/2003 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano JOSE EDUARDO DE MOURA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 18-Número no CRO 36455 19-UF SP 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

21-Código no Operadora (CNPJ) / CPF 110575503882 22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 23-Número no CRO 36455 24-UF SP 25-Código CNES 26-Número do Profissional Executante 36455 27-UF SP 28-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1 Abels	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-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	010	854010246	ÓRTESE MIORELAXANTE		1	672,00	0,00	526,08	20			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Aferimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantitativo US 1672,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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) 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
- Favor anexar foto final com Placa Oclusal Instalada.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/2012 Dr. Mariana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgiã Dentista 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2012 Dr. Mariana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgiã Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2012 J. Moura 53-Dia, local e Cartão da Empresa