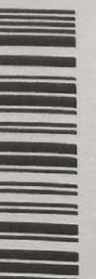


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



343449
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7724306	7-Data Validez da Santa 12/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 10102021511055060143167011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--	--	---

13-Nome ELIANE GOMES DOS SANTOS SILVA	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano ELIANE GOMES DOS SANTOS SILVA
--	--------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA	18-Número no CRO 36455	19-UF SP	20-Código CBO S 925 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110575503882	22-Nome do Contratado Encarregado ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA	23-Número no CRO 36455	24-UF SP	25-Código CHES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Encarregado ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA	27-Número no CRO 36455	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Label	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				12/10/2012		Eliane G
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				12/10/2012		Eliane G
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				12/10/2012		Eliane G
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				12/10/2012		Eliane G
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				12/10/2012		Eliane G
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Pagamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma teletelética. 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 12/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---------------	---	---	---	---

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