

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



376189
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011 4-Data de Autorização 11/09/2011 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7874944 7-Data Validade da Guia 11/12/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100201251055060914203 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA CLARA CAMPOS MORAES BATTAGLINI 14-Teléfono 08/10/2007 15-Nome do titular do plano MARCELA CAMPOS DE MORAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAYVA 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 110575510382 22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAYVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 23-Número no CRO 36455 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAYVA 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-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	54	1	73	00	0,00		S	29/09/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	73,00	10,00								

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) 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 29/09/2011 [Assinatura] 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/2011 [Assinatura] 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 29/09/2011 [Assinatura] 53-Data, local e Carimbo da Empresa [Assinatura]

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

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

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