



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 12/11/10 12 01

4-Data de Autorização 12/11/10 12 01

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7992882

7-Data Validade da Senha 12/11/10 11 21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 2 1 5 0 0 3

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ELIVETE MARIA CARVALHO MOURA

06/10/1970

14-Telefone

15-Nome do titular do plano JOSE EDUARDO DE MOURA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN

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

1 0 5 7 5 5 0 3 8 8 2

22-Nome do Contratado Executante

ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA

23-Número no CRO 36455

24-UF SP

25-Código CNES

26-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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Begão	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	0	8 1 0 0 0 0 6 5			1	3 4 1 0 0	0,00		S	27/11/10 10 40		EmCM.
2-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00		S	27/11/10 10 20		EmCM.
3-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00		S	27/11/10 10 20		EmCM.
4-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00		S	27/11/10 10 20		EmCM.
5-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00		S	27/11/10 10 20		EmCM.
6-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00		S	27/11/10 10 20		EmCM.
7-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00		S	27/11/10 10 20		EmCM.
8-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00		S	27/11/10 10 20		EmCM.
9-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00		S	27/11/10 10 20		EmCM.
10-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00		S	27/11/10 10 20		EmCM.
11-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00		S	27/11/10 10 20		EmCM.
12-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00		S	27/11/10 10 20		EmCM.
13-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00		S	27/11/10 10 20		EmCM.
14-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00		S	27/11/10 10 20		EmCM.
15-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00		S	27/11/10 10 20		EmCM.

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

46-Tipo de Faturamento

47-Tipo de Pagamento

48-Valor Total R\$

49-Valor Total 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

27/11/10 10 20 Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

27/11/10 10 20 Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

27/11/10 10 20 Eliete M. C. M.

53-Data, local e Carimbo da Empresa