

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



354898
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/08 4-Data de Autorização 12/11/08 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 778417 7-Data Validade da Sentia 10/11/11 8-Data Validade da Sentia 10/11/11

9-Plano

8-Número da Carteira 1002025105506014014011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome CLAUDIA LUIZA PANSANATO CALESCO BINI 30/05/1962 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano CLAUDIA LUIZA PANSANATO CALESCO BINI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Anciamento 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 025 - Faturar Empresa 21-Código na 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-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/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	0	8	1	0	0	0	6	5				
		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1							
2-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
		PROFILAXIA: POLIMENTO			1							
3-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
		PROFILAXIA: POLIMENTO			1							
4-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
		PROFILAXIA: POLIMENTO			1							
5-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
		PROFILAXIA: POLIMENTO			1							
6-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
		PROFILAXIA: POLIMENTO			1							
7-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
		PROFILAXIA: POLIMENTO			1							
8-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
		PROFILAXIA: POLIMENTO			1							
9-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
		PROFILAXIA: POLIMENTO			1							
10-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
		PROFILAXIA: POLIMENTO			1							
11-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
		PROFILAXIA: POLIMENTO			1							
12-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
		PROFILAXIA: POLIMENTO			1							
13-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
		PROFILAXIA: POLIMENTO			1							
14-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
		PROFILAXIA: POLIMENTO			1							
15-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
		PROFILAXIA: POLIMENTO			1							
43-Data Previsto do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Atendimento	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Faturamento	49-Tipo de Atendimento	50-Tipo de Faturamento	51-Tipo de Atendimento	52-Tipo de Faturamento	53-Tipo de Atendimento	54-Tipo de Faturamento	55-Tipo de Atendimento

Declaração: 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

109

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/08 Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgiã Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/08 Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgiã Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/08 CLAUDIA LUIZA PANSANATO CALESCO BINI 53-Data, local e Carimbo da Empresa