

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



404182
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/4/11 01/2101 4-Data de Autorização 12/6/11 01/2101 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7992977 7-Data Validade da Senha 12/2/10 11/211

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0100210251105510600810041021

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome STEFANY CEZARIO DE CAMARGO

04/03/2005

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

ADRIANA CEZARIO DE CAMARGO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

110575503882

22-Nome do Contratado Executante

ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA

23-Número no CRO

36455

19-UF

SP

20-Código CBO S

025 -

24-UF

SP

25-Código CNES

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA

27-Número no CRO

28-UF

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	03/11/2011		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	03/11/2011		
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	03/11/2011		
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	03/11/2011		
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	03/11/2011		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

174,00

46-Valor Total R\$

10,00

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

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

03/11/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

03/11/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

03/11/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa

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

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