



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão em Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 19/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7874944	7-Data Validade da Senha 14/12/2012	376189 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202510550600914203						
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-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCELA CAMPOS DE MORAES	
16-Atendimento a RN N						
17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10575503882		22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA		18-Número no CRO 36455		19-UF SP
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA		23-Número no CRO 36455		24-UF SP		25-Código CNES
27-Número no CRO 36455		28-UF SP		29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa

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	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	54		1	73,00	0,00		S	29/10/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 29/10/2012 x [Assinatura] Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgiã Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2012 [Assinatura] Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgiã Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2012 [Assinatura] Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgiã Dentista	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--