



1-Registro ANS 406614 3-Data de Emissão da Guia 15/10/2019 4-Data de Autorização 15/10/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7874657 7-Data Validade da Senha 14/12/2019

8-Beneficiário

8-Número da Carteira 002025105506010047011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALINE RADUAM SCARPARI 24/05/1971 14-Telefone (11) 35891348 15-Nome do titular do plano ALINE RADUAM SCARPARI

16-Atendimento a RN

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

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-Tabella	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 Cláusula 42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00		16,09,20		16,09,20		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00		16,09,20		16,09,20		
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00		16,09,20		16,09,20		
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00		16,09,20		16,09,20		
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35,00		16,09,20		16,09,20		
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 46-Total Quantitativo US 174,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

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

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

49-Observação