

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



**364900
INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/2018 4-Data de Autorização 13/07/2018 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7825293 7-Data Validade da Senha 12/11/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020251050600587101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCOS NAVARRO PEREIRA 24/07/1966 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARCOS NAVARRO PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição 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 100575503882 22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 23-Número no CRO 36455 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 27-Número no CRO 36455 28-UF SP 29-Código CBO S (1) 81000421- (1) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081000421	RX PERIAPICAL	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/09/2018		18/09
2-00	081000421	RX PERIAPICAL	RIL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/09/2018		18/09
3-00	081000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/09/2018		18/09
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 47-Valor Total R\$ 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(ram) 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-Osservação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/2018 [Assinatura] 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2018 [Assinatura] 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2018 [Assinatura] 53-Data, local e Carimbo da Empresa [Carimbo]

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