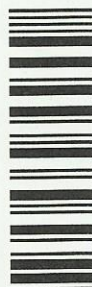


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



358525
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/08 12:01	4-Data de Autorização 19/08/2008	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7794894	7-Data Validade da Sentença 15/11/2010
8-Número da Carteira 0102025105506010244011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome JOSE ALEXANDRE DA SILVA			29/12/1983	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano JOSE ALEXANDRE DA SILVA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento 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	23-Número no CRO 36455	24-UF SP	25-Código CNEC 29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA					
Plano de Tratamento / Prestações Solicitadas					
30-1-Abeta 31-Código do Procedimento 10085100196	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 47	34-Face 0	35-Qtd 1	36-Quantidade US 6100
		37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ \$2809,00	39-Aut \$2809,00	40-Data de Realização 11/09/2008
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11		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 6100		47-Valor Total R\$ 0,00	
				48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	

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) 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 18/11/09/2008	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/09/2008	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18/11/09/2008	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---

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

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

Assinatura do Beneficiário/Responsável