

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



343441
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 12/10/17 210 3-Data de Autorização 25/10/17 210 4-Será Autorizado AUTORIZADO 5-Número de Guia Principal 7724267 6-Data Válida da Guia 12/11/10 210 7-Data Válida da Guia 12/11/10 210

8-Número da Carteira 101020215110515060143118021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Válida da Carteira 12/11/10 210 12-Data Válida da Carteira 12/11/10 210 13-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome EDUARDO MIGUEL CHAVES GARCIA 26/03/2014 14-Telefone 15-Nome do titular do plano KELLY REGINA CHAVES FRANZE

16-Alteramento 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 de Operadora / CNPJ / CPE 1105175503882 22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 23-Número no CRO 36455 24-UF SP 25-Código CHES 26-Nome do Profissional ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 27-Número no CRO 36455 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado:

30-Tabeleia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Luz	40-Data de Realização	41-Método da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5		CONSULTA ODONTOLÓGICA		
2-0	0	8	1	0	0	0	1	4		CONDICIONAMENTO EM		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Ortodontia	47-Urgência/Emergência	48-Tipo de Faturamento	49-Total Quantidade US	50-Valor Total R\$	51-Total Franchise - Co-participação R\$	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa	54-Data, local e Assinatura da Empresa	55-Data, local e Assinatura da Empresa
12/11/07/1806	1-1	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1104,00	10,00					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

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

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

14-1