



Reservado para uso exclusivo

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



398361
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 1 1 / 0 2 / 0 1	4-Data de Autorização 2 4 / 1 1 / 0 2 / 0 1	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7968504	7-Data Validade da Sentença 1 5 / 1 0 / 1 1 / 2 1
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 0 0 4 7 0 1	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	14-Teléfono (11) 4 3 5 8 9 1 3 4 8	15-Nome do titular do plano ALINE RADUAM SCARPARI
----------------------------------	---------------------------------------	--

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	25-Código CNES	26-Data de Realização 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	----------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 0 5 7 5 5 0 3 8 8 2	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA	23-Número no CRO 36455	24-UF SP	25-Código CNES	26-Data de Realização Enviar - RX (1) 81000421-
--	--	---------------------------	-------------	----------------	---

26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA	27-Número no CRO 36455	28-UF SP	29-Código CBO S	30-Data de Realização (1) 81000421-RPIE
--	---------------------------	-------------	-----------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 de Glosa	42-Assinatura
1	0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	1 4 0 0	0,00	0,00	0	11/11/20		
2	0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPIE	1	1	1 4 0 0	0,00	0,00	0	11/11/20		
3	0 0 1 8 5 4 0 0 5 4 8	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO	47	1	7 6 1	0 0	0,00	0,00	0	11/11/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / / / / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7 9 0 0	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) 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 24/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / /
---	---	---	--

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

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