

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2-Nº



**375833  
INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS  
406414

3-Data de Emissão da Guia  
11/05/2019

4-Data de Autorização  
11/05/2019

5-Semeta  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
7873096

7-Data Validade da Semeta  
11/04/2020

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira  
000202510550601299501

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira  
11/05/2019

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
DARCI NUNES PEREIRA

20/04/1959

14-Telefone  
(11) 35721772

15-Nome do titular do plano  
DARCI NUNES PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

16-Alimentação a RN  
ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA

18-Número no CRO  
36455

19-UF  
SP

20-Código CBO S  
025 -

Faturar Empresa

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF  
110575503882

22-Nome do Contratado Excitante  
ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA

23-Número no CRO  
36455

24-UF  
SP

25-Código CNES  
36455

26-Nome do Profissional Excitante  
ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA

27-Número no CRO  
36455

28-UF  
SP

29-Código CBO S  
36455

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
|-------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|--------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 30-Tabela                                       | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Ord | 36-Qtd | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glose | 42-Assinatura |
| 1                                               | 001                       | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 1      | 34,00    | 0,00                            | S      | 16/09/20              |                    |               |
| 2                                               | 001                       | PROFILAXIA: POLIMENTO |                 |         | 1      | 1      | 35,00    | 0,00                            | S      | 16/09/20              |                    |               |
| 3                                               | 001                       | PROFILAXIA: POLIMENTO |                 |         | 1      | 1      | 35,00    | 0,00                            | S      | 16/09/20              |                    |               |
| 4                                               | 001                       | PROFILAXIA: POLIMENTO |                 |         | 1      | 1      | 35,00    | 0,00                            | S      | 16/09/20              |                    |               |
| 5                                               | 001                       | PROFILAXIA: POLIMENTO |                 |         | 1      | 1      | 35,00    | 0,00                            | S      | 16/09/20              |                    |               |
| 6                                               |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7                                               |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8                                               |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9                                               |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10                                              |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11                                              |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12                                              |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13                                              |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14                                              |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15                                              |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 43-Data Prevista Término do Tratamento          |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 44-Tipo de Atendimento                          |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 45-Tipo de Faturamento                          |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 46-Todo Quantitativo US                         |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 47-Valor Total R\$                              |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$         |                           |                       |                 |         |        |        |          |                                 |        |                       |                    |               |

Decisão, 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

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(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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
16/09/2019

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
16/09/2019

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
16/09/2019

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