

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



419227
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 15/11/2011		4-Data de Autorização 17/11/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8054225		7-Data Validade da Senha 13/10/2012	
8-Número da Carteira 1012025105506005871011				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA			
11-Data Validade da Carteira 11/11/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde				13-Nome MARCOS NAVARRO PEREIRA			
14-Telefone () - - - - -				15-Nome do titular do plano MARCOS NAVARRO PEREIRA				16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA			
17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA				18-Número no CRO 36455				19-UF SP			
20-Código CBO S				21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10575503882				22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA			
23-Número no CRO 36455				24-UF SP				25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA				27-Número no CRO 36455				28-UF SP			
29-Código CBO S				30-Tabela				31-Código do Procedimento			
32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA				33-Dente/Região 21 IM				34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US			
37-Volur				38-Franquia/Co-participação R\$				39-Aut 40-Data de Realização			
41-Motivo da Guia 42-Assinatura				43-Data Previsão Término do Tratamento				44-Tipo de Atendimento			
45-Tipo de Atendimento				46-Tipo de Atendimento				47-Valor Total R\$			
48-Total Franquia / Co-participação R\$				49-Observação				50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			

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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
15/11/2011
Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
17/11/2011
Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
17/11/2011
MARCOS NAVARRO PEREIRA

53-Data, local e Carimbo de Empresa