



1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
15/10/2007

4-Data de Autorização
15/10/2007

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7873169

7-Data Validade da Senha
14/12/2007

375844
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10020251050600914203

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
1/1/1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANA CLARA CAMPOS MORAES BATTAGLINI

08/10/2007

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
MARCELA CAMPOS DE MORAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aferimento 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 na Operadora / CNPJ / CPF
10575503882

23-Número no CRO
36455

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Código CBO S

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

27-Número no CRO
36455

28-UF
SP

29-Código CBO S

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 da Gênes	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	16/09/20		Marcelo
2-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	16/09/20		Marcelo
3-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	16/09/20		Marcelo
4-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	16/09/20		Marcelo
5-00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S	16/09/20		Marcelo
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento
1/1/1/1/1/1

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 Quantitativo US
1174,00

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(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
16/09/2007 Adriana

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/09/2007 Adriana

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
16/09/2007 Marcela

53-Data, local e Carimbo da Empresa
1/1/1/1/1/1

Dr. Adriana S. Jordani Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista

Dr. Adriana S. Jordani Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista