



Isquidatop para uso viciário

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



414224
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2011	4-Data de Autorização 15/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8032716	7-Data Validade da Senha 06/12/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600587101	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			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome MARCOS NAVARRO PEREIRA	14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano MARCOS NAVARRO PEREIRA		
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 025 - Faturar Empresa		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1015175510388211		
22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA		23-Número no CRO 36455		24-UF SP	
25-Código CNES (I) 81000421- (II) 81000421-RPSE		26-UF SP		27-Valor 37-Valor	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord
1-010811000421	RX PERIAPICAL	RCSE	1	14	0
2-010811000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	14	0
3-010811000421					
4-010811000421					
5-010811000421					
6-010811000421					
7-010811000421					
8-010811000421					
9-010811000421					
10-010811000421					
11-010811000421					
12-010811000421					
13-010811000421					
14-010811000421					
15-010811000421					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
47-Valor Total R\$ 28,00					
48-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
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) 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 15/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36.455

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36.455