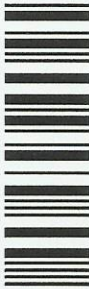




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



404181
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/11 10:12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7992969	7-Data Validade da Senha 12/12/11 01:21
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10102025105506009354011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome JOSE APARECIDO DE ALMEIDA	14-Telefone (11) 4191830161556	15-Nome do titular do plano JOSE APARECIDO DE ALMEIDA
--------------------------------------	-----------------------------------	--

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 / ONPJ / CPF 11057550388211	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA	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	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 Glosa 42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	10/11/2011	1
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/11/2011	1
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/11/2011	1
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/11/2011	1
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/11/2011	1
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 1174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/3/11/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/3/11/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/3/11/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36.455

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
Cirurgiã Dentista