

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



339340
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

2-Data de Emissão da Guia
11/01/2012

4-Data de Autenticação
19/01/2012

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7705708

7-Cada Validade da Guia
12/11/2012

8-Aluno da Clínica
010202511055060135011011

9-Piano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Cada Validade da Clínica
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
PAULO ROBERTO ADRIANO

14-Endereço
03/03/1989

15-Nome do titular do plano
PAULO ROBERTO ADRIANO

16-UF
SP

17-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

18-Atendimento a RN
ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA

19-Nome do Profissional Solicitante
ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA

20-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1105175503882

21-Nome do Contínua Exatante
ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA

22-Número no CRO
36455

23-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

24-Nome do Profissional Exatante
ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA

25-Número no CRO
36455

26-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

27-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0101810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	13,4	10,0			11/01/2012		
2	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5	10,0			11/01/2012		
3	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,5	10,0			11/01/2012		
4	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5	10,0			11/01/2012		
5	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,5	10,0			11/01/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1174,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franchia / Co-participação R\$
10,00

49-Declaração: Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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(s) 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-Operadora

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/01/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/01/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
11/01/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/01/2012

Dr. Adriano S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgião Dentista

Dr. Adriano S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgião Dentista