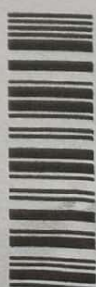


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



1-Registro AAS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/10/2017 5-Semra AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7724326 7-Dia Validade da Semra 12/01/2018

343455
INTERCAMBIO

8-Aliamento da Carteira 10-020202510155060114071011 11-Dia Validade da Carteira 12/01/2018 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CLEONICE PEREIRA 14-Tipo de Plano POS REDE PRESTADORA 15-Nome do titular do plano CLEONICE PEREIRA

16-Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

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 110575503882 22-Nome do Contratado Encarregado ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 23-Número no CRO 36455 24-UF SP 25-Código CBO S 26-Nome do Profissional Encarregado ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 27-Número no CRO 36455 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Tabela 31-Código do Procedimento

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Método de Obra	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				12/10/2017		Cleonice
2-00	8401018	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				12/10/2017		Cleonice
3-00	8401019	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				12/10/2017		Cleonice
4-00	8401019	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				12/10/2017		Cleonice
5-00	8401019	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				12/10/2017		Cleonice
6-00	8401019	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00				12/10/2017		Cleonice
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 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 Quantidade US 1174,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Fatura / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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), (foram realizados) 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 (diferença do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato).

49-Observação

60-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 61-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 62-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 63-Dia local e Cópia da Empresa

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca

CROSP 36.455
Cirurgia Dentista

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca

CROSP 36.455
Cirurgia Dentista