



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro AIS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2010	4-Data de Autorização 10/10/2010	5-Semana PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 354297	7-Data Validade da Semana 10/10/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---

354297
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202510550601281401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 10/10/2010	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---

13-Nome ELYS MARINA CORREA VALLE	26/01/1986	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELYS MARINA CORREA VALLE
-------------------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alienação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA CLAVISSO NEIVA	18-Número no CRO 73946	19-UF SP	20-Código CRO S 025 -
------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15823456867	22-Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA CLAVISSO NEIVA	23-Número no CRO 73946	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA CLAVISSO NEIVA	27-Número no CRO 73946	28-UF SP	29-Código CRO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		34,00	0,00		N	10/08/2019	08	MCC
2-0	085200034	TRATAMENTO EM	16	1		8,00	0,00		N	10/08/2019	08	MCC
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento												
1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US												
42,00												
47-Valor Total R\$												
0,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

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.

48-Observação

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/2010	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Profissional 10/10/2010	52-Data, local e Carnê da Empresa
---	---	---	-----------------------------------

Harmonização Ortodonta