



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4*

344011
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/2020	4-Data de Autorização 27/07/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7725678	7-Data Validade da Senha 20/10/2020																																														
Dados do Beneficiário																																																			
8-Número da Carteira 002025101550601862204	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																															
13-Nome GABRIELA MARTINS MARQUES		14-Telefone 02/03/2004 () -	15-Nome do titular do plano ADRIANE DA SILVA MARTINS																																																
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MICHELE CICUTO	18-Número no CRO 84389	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa																																														
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26604732851	22-Nome do Contratado Executante ALINE MICHELE CICUTO	23-Número no CRO 84389	24-UF SP	25-Código CNES																																															
26-Nome do Profissional Executante ALINE MICHELE CICUTO	27-Número no CRO 84389	28-UF SP	29-Código CBO S																																																
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																			
30-Índice	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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	28/07/20		Adriane																																							
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	28/07/20		Adriane																																							
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	28/07/20		Adriane																																							
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	28/07/20		Adriane																																							
5																																																			
6																																																			
7																																																			
8																																																			
9																																																			
10																																																			
11																																																			
12																																																			
13																																																			
14																																																			
15																																																			
43-Data Previsto Término do Tratamento 28/07/20		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 140,00		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/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 28/07/20													51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/07/20													52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/07/20 Adriane da Silva Marques													53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/07/20												
																										Aline M. Cicuto CRO-SP 84389 CPF 266047328-51																									