



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

305362
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2014	4-Data de Autorização 16/10/2014	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7503520	7-Data Validade da Senha 05/10/2017							
8-Número da Carteira 00202510550600504201		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome MARILENE CATAO SILVA		14-Telefone 21/041961 (11) 4146-8750	15-Nome do titular do plano MARILENE CATAO SILVA									
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MICHELE CICUTO	18-Número no CRO 84389	19-LUF 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-LUF SP	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante ALINE MICHELE CICUTO		27-Número no CRO 84389	28-LUF SP	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
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	00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400	0000	0000	S	01/10/2014		
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		3600	0000	0000	S	01/10/2014		
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		3600	0000	0000	S	01/10/2014		
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		3600	0000	0000	S	01/10/2014		
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		3600	0000	0000	S	01/10/2014		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prescrição / Fim do Tratamento 02/04/20		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 17800		47-Valor Total R\$ 0000		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 foram realizados(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 CRO-SP 84389 CPF 266047328-51												

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/04/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/04/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/04/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/04/20
---	---	---	--

Alina M. Cicuto
CRO-SP 84389
CPF 266047328-51