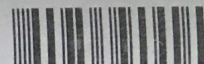


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

324762
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	6-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 7635811	7-Data Validade da Senha 14/10/2012
9-Número da Carteira 00202510550601862203		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANTONIO LUCAS MARTINS MARQUES		14-Telefone 15/12/2001	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-Nome do Profissional Executante ALINE MICHELE CICUTO		26-Número no CRO 84389		27-UF SP	28-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1
6- /					
7- /					
8- /					
9- /					
10- /					
11- /					
12- /					
13- /					
14- /					
15- /					
43-Data Previsão Término do Tratamento 22/09/20					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 17800					
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 22/09/20					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/09/20					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/09/20					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/09/20					

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