



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Yasone Gueque

24



908731
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS
406414

3-Data de Emissão da Guia
16/03/2012

4-Data de Autorização
16/03/2012

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9685422

7-Data Valsade da Sentença
14/06/2012

8-Número da Carteira
00202510550600326002

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Valsade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
SAMARAH REGINA MONGE VENTURA

16/08/2001

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ROSINETE DA SILVA

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
IRAMARA FELIX PIRES

18-Número no CRO
72296

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
24719336884

22-Nome do Contratado Executante
IRAMARA FELIX PIRES

23-Número no CRO
72296

24-UF
SP

25-Código CNES
025 -
Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
IRAMARA FELIX PIRES

27-Número no CRO
72296

28-UF
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 Glor	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
5-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data 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

178,00

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, 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

Dra. Iramara Felix Pires

Dra. Iramara Felix Pires

50-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante

Dra. Iramara Felix Pires

CRO-SP 712296

CRO-SP 712296

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Yasone Gueque

52-Data, local e Cartão da Empresa