



2163647
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/01/25	4-Data de Autorização 17/02/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13384448	7-Data Validade da Senha 10/04/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510550600681401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome REGINALDO JOSE GARNICA		14-Data de Nascimento 27/01/1973		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano REGINALDO JOSE GARNICA	

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ISABELLA CARVALHO TROLEZI	18-Número no CRO 144194	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36266198000105		22-Nome do Contratado Executante T.L. ODONTOLOGIA LTDA		23-Número no CRO 90628	24-UF SP	25-Código CNES 6348327
26-Nome do Profissional Executante ISABELLA CARVALHO TROLEZI		27-Número no CRO 144194		28-UF SP	29-Código CBO S	

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 Recusa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00			17/02/25		<i>Isabella</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Isabella Carvalho Trolezi
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 144194

43-Data Previsão 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 144,00	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, a 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.

49-Observação

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/02/25 <i>Isabella</i>	51-Data, Local e Assinatura do Especialista / Responsável 17/02/25 <i>X</i>	52-Data, Local e Assinatura da Empresa / /
---	--	---