

OdontoLife

INSTITUTO ODONTOLÓGICO



306602
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Autorização 15/10/2014	4-Data de Autorização 17/10/2014	5-Status da Autorização CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7513447	7-Data Validade da Guia 14/10/2014
--------------------------	--	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550600504201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome MARILENE CATAO SILVA	14-Data de Nascimento 21/04/1961	15-Telefone (11) 4146-8750	16-Nome do titular do plano MARILENE CATAO SILVA
---------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	---

17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante ALINE MICHELE CICUTO	19-Número no CRO 84389	20-UF SP	21-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 260604732851	23-Nome do Contratado Executante ALINE MICHELE CICUTO	24-Número no CRO 84389	25-UF SP	26-Código CNE S
---	--	---------------------------	-------------	-----------------

27-Nome do Profissional Executante ALINE MICHELE CICUTO	28-Número no CRO 84389	29-UF SP	30-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 Cálculo	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	43	1	1	73,00	0,00	0,00	S	01/11/2014		
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	44	1	1	73,00	0,00	0,00	S	01/11/2014		
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46	1	1	73,00	0,00	0,00	S	01/11/2014		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/2014	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 219,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) realizado(s) acima e 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 pagar os valores conforme previsto em contrato.

49-Observação
CPF 266047328-51

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/2014
---	---	---	---

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