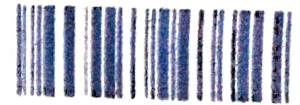


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-2F



309772
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 31/04/2010	3-Data de Autorização 04/05/2010	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7537444	6-Data Validade da Senha 29/07/2010
7-Número da Carteira 00202510550001159202			8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	10-Data Validade da Carteira 11/11/11
11-Nome ADRIANA NUNES ARAUJO			12-Telefone (11) 8465-9590	13-Nome do titular do plano MANOEL SANTOS ARAUJO	
14-Endereço a R/R N			15-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO		
16-Código na Operadora - CNPJ / C/PF 36968685825			17-Nome do Contratado a Executar MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA		
18-Número no CRO 107908			19-UF SP	20-Código CBO S 03	
21-Número no CRO 107908			22-UF SP	23-Código CHES	
24-Nome do Profissional Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA			25-Número no CRO 107908	26-UF SP	27-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1F) 85-00220-21

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/legião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Status de Atuação
1	0085400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	21		1	299,00	0,00			12/05/2020	
2	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	21		1	154,00	0,00			12/05/2020	
3	0085400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	21		1	472,00	0,00			12/05/2020	
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42-Data Previsto Término do Tratamento 12/05/2020	43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência Emergência	44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	45-Total Quantidade US 925,00	46-Valor Total R\$ C 0,00	47-Total Franquia Co-participação R\$
--	---	---	----------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(m) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, o valor devido, de acordo com este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme original em anexo.

48-Conservação:
Pagamento do ato condicionado ao envio de RX inicial e final do Núcleo, e imagem final da Coroa Provisória e da definitiva para análise de produção.

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/2020	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/2020	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/2020	52-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/2020
---	---	---	---

Dr. Mariana Fraga
CROSP 207908
Implantodontia

Dr. Mariana Fraga
CROSP 207908
Implantodontia