


314098
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 18/05/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 314098	7-Data Validada da Senha 18/08/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

8-Endereço do Beneficiário 00202510550601856001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome do Beneficiário ALAEINIA LUNA DE AQUINO	14-Telefone 25/03/1982	15-Nome do titular do plano ALAEINIA LUNA DE AQUINO		

16-Endereço e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO	18-Número no CRO 107908	19-UF SP	20-Código CBO S 03
21-Código na Coeladora / CNPJ / CPF 36968685825	22-Nome do Contratado Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	23-Número no CRO 107908	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	27-Número no CRO 107908	28-UF SP	29-Código CBO S	

025 -

30-Tubete	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 Gêsa	42-Assinatura
1-00810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	18/05/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Guia Prevista Término do Tratamento 18/05/2020	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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), foram realizados 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 no contrato.

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/05/2020	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/2020	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/2020	52-Data, local e Carimbo da Empresa 18/05/2020
---	---	---	---