



435707  
INTERCÂMBIO

|                                                                      |                                                                      |                                   |                                                             |                                       |                                          |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                             | 3-Dato de Entrega da Guia<br>07/12/20                                | 4-Dato de Autorização<br>15/12/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                       | 6-Número da Guia Principal<br>8122272 | 7-Dato Validade da Senha<br>07/03/21     |
| Dados do Beneficiário                                                |                                                                      |                                   |                                                             |                                       |                                          |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550601145502                         |                                                                      | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA    | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA                      | 11-Dato Validade da Carteira<br>/ /   | 12-Atividade do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>JOSE MARCOS GALDINO                                       |                                                                      | 14-Telefone<br>20/03/1971         | 15-Nome do titular do plano<br>AURENICE TOME SANTOS GALDINO |                                       |                                          |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                      |                                                                      |                                   |                                                             |                                       |                                          |
| 16-Atendimento à PM<br>N                                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>AURORA CLINICA PSICO & ODONTO | 18-Número no CRO<br>107908        | 19-UF<br>SP                                                 | 20-Código CBO S<br>03                 | 025 -<br>Faturar Empresa                 |
| 21-Código da Despesa (CAF - CBF)<br>36988685825                      | 22-Número Contratado Ex-usuario<br>MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA    | 23-Número no CRO<br>107908        | 24-UF<br>SP                                                 | 25-Código CNES                        |                                          |
| 26-Nome do Profissional Ex-usuario<br>MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA |                                                                      | 27-Número no CRO<br>107908        | 28-UF<br>SP                                                 | 29-Código CBO S                       |                                          |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Derby Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Coparticipação R\$ | 39-Aut | 40-Dato de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|--------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                | S      |                       |                    |               |
| 2         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                 |                                                                  |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 43-Dato Proposto Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial              | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00                                       | 48-Total Faturado - Coparticipação R\$ |
| <p>Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima exposto, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e pagar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s) foram realizados de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assinar este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.</p> |                                                                                                         |                                                          |                                 |                                                                  |                                        |
| 49-Observação:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                         |                                                          |                                 |                                                                  |                                        |
| 50-Dato, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                         | 51-Dato, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / |                                 | 52-Dato, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>/ / |                                        |

*Dra. Marcela Caroline Fraga*  
Cirurgiã Dentista  
Instituidora  
CROSP 107908

*Dra. Marcela Caroline Fraga*  
Cirurgiã Dentista  
Instituidora  
CROSP 107908