


308539
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2020	4-Data de Autorização 02/10/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7527819	7-Data Validade da Senha 24/10/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Endereço do Beneficiário 00202510550600726701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PRISCILA SANTOS DE SOUSA	14-Telefone 26/10/1983 (11) 4403-1931	15-Nome do titular do plano PRISCILA SANTOS DE SOUSA		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO	18-Número no CRO 107908	19-UF SP	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (R) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36968685825	22-Nome do Contratado Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	23-Número no CRO 107908	24-UF SP	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Contratado MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	27-Número no CRO 107908	28-UF SP	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Íteglão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oitosa	42-Assinatura
1- 0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00		S	04/05/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/05/2020	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 88,00	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, aceto 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(foram) 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 Solicitante 04/05/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/05/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/05/2020	53-Data, local e Assinatura da Empresa 04/05/2020
---	---	---	--



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 07/04/20 4-Data de Autorização 09/04/20 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7504499 7-Data Validade da Senha 06/07/20

8-Número do Cartão 00202525306800004501 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS 11-Data Validade do Cartão 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ELISABETH RODRIGUES SANTOS 14-Telefone 23/02/1981 15-Nome do titular do plano ELISABETH RODRIGUES SANTOS

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO 18-Número na CRO 107908 19-UF SP 20-Código CBO S 03 21-Código na Operadora - CNPJ / CEF 36968685825 22-Nome do Contratado Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA 23-Número na CRC 107908 24-UF SP 25-Código CNE S 26-Nome do Profissional Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA 27-Número na CRO 107908 28-UF SP 29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200
(1) 85100218

30-Índice	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 Glosa	42-Assinatura
1.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	09/04/2020		[Assinatura]
2.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MPV	1	122,00	0,00		S	09/04/2020		[Assinatura]
3.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	30/04/2020		[Assinatura]
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/04/2020 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcela 46-Total Quantidade US 271,00 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, conferido e/ou apresentado, aceite e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional e a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) em atendimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional, o valor devido por esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: [Assinatura de Dra. Marcela Caroline B. Fraga, Cirurgiã Dentista Implantodontia CROSP 107908]

50-Sigla, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/04/2020 51-Sigla, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/04/2020 52-Sigla, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/04/2020 53-Sigla, local e Assinatura da Empresa 30/04/2020

378488
INTERCOM.


308485
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/4/2012	4-Data de Autorização 29/04/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7527295	7-Data Validade da Senha 23/07/2012
--------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600725701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PRISCILA SANTOS DE SOUSA	14-Telefone (11) 4403-9311	15-Nome do titular do plano PRISCILA SANTOS DE SOUSA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Entendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO	18-Número no CRC 107908	19-UF SP	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36968685825	22-Nome do Contratado Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	23-Número no CRC 107908	24-UF SP	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA		27-Número no CRC 107908	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
6	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400	000		S	/ /		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Abandono 1-Tratamento Odontológico 2-Caso Radiológico 3-Cateterismo 4-Infecção Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Fase 2-Parcela	46-Total Quantidade US 3400	47-valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	--------------------------------	---------------------------	---

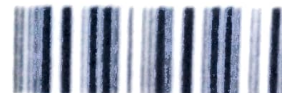
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentado, entendo e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, 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 esta guia, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação:

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

Dra. Marcela Caroline B. Fraga
Cirurgiã Dentista
Implodontista
CROSP 107908

Dra. Marcela Caroline B. Fraga
Cirurgiã Dentista
Implodontista
CROSP 107908



309034
INTERCÂMBIO

1-Registro ANV 406414	3-Data de Emissão do Guia 28/11/2020	4-Data de Autorização	5-Situação PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número do Guia Principal 309034	7-Data de Emissão da Guia 28/11/2020
8-Dados do Beneficiário					
9-Número do Cartão 00202510550601048601		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	12-Cidade - Estado de Emissão / / /	13-Setor de Emissão Laboratório de Cálculo Nacional de Saúde
14-Nome ALAIR SOUSA PRADO		15-Data de Nascimento 14/05/1975	16-Telefone () / / / / /	17-Nome do Médico ou Plano ALAIR SOUSA PRADO	

18-Identificação e RCP N	19-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO	20-Número do CRO 107908	21-UF SP	22-Código CBO B 03	025 -
23-Código da Operadora - CNPJ - CNAE 36068685825	24-Nome do Contratado - Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	25-Número do CRO 107908	26-UF SP	27-Código CAES	
28-Nome do Profissional Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA		29-Número do CRO 107908	30-UF SP	31-Código CBO B	

32-Tela	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dente-Região	36-Face	37-Qtd	38-Quantidade US	39-Valor	40-Franquia/Co-participação R\$	41-Aut	42-Data de Realização	43-Mulher de Glor	44-Operadora
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	28/04/2020		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

45-Data Prevista Término do Tratamento 28/04/2020	46-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência Emergência	47-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	48-Total Quantidade US 34,00	49-Valor Total R\$ 0,00	50-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), foi/foram 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 do documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 28/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/2020 CROSP 107908	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/2020	54-Data, local e Assinatura da Empresa 28/11/2020
---	--	---	--

Dra. Marcela Caroline B. Fraga
Cirurgiã Dentista
Implantodontia
CROSP 107908

Dra. Marcela Caroline B. Fraga
Cirurgiã Dentista
Implantodontia
CROSP 107908

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



309034
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/04/2012	4-Data de Autorização 04/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7534178	7-Data Validade da Senha 27/07/2012
8-Número do Cartão 00202510550601046601		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Câmera ___/___/___
12-Nome do Beneficiário ALAIR SOUSA PRADO		13-Telefone (___) _____		14-Nome do titular do plano ALAIR SOUSA PRADO	
15-Data de Contato do Responsável pelo Tratamento 14/05/1975					
16-Atendimento a 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 Operadora CNPJ / CPF 36968685825		22-Nome do Contratado Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA		23-Número no CRC 107908	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA		26-Número no CRO 107908		27-UF SP	28-Código CBO S 03
29-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento ___/___/___	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Ortopedia Maxilofacial	45-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia - Co-participação R\$ 0,00
--	--	--	--	-----------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, o(s) paciente(s) acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional, 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 Solicitante Dra. Marcela Caroline de Fraga Cirurgiã Dentista Implantodontia CROSP 102908	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Marcela Caroline de Fraga Cirurgiã Dentista Implantodontia CROSP 102908	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Alair Sousa Prado	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante ___/___/___	55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista ___/___/___	56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável ___/___/___	57-Data, local e Carimbo da Empresa ___/___/___
---	---	---	---



307230
INTERCÂMBIO

1-Arguidor ANI 405414	3-Dato de Fim do Tratamento 2 0 1 0 4 1 2 0	4-Caso de Urgência 2 3 0 4 1 2 0	5-Sigla AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7518490	7-Código de Verificação 1 9 0 1 2 0
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 9 5 7 3 0 1			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Cidade, Estado da Empresa / / / / /
12-Nome MARIA APARECIDA DOS PASSOS			13-Data de Nascimento 27/12/1967	14-Telefone (1 1) 2 4 6 6 7 0 0 1	15-Endereço do Beneficiário MARIA APARECIDA DOS PASSOS
16-Endereço do Contratado Res. contábil pelo Tratamento					
17-Endereço a R/N N	18-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO		19-Número no CRO 107908	20-UF SP	21-Código CRO 03
22-Código na Cadeira - CNPQ - CUF 3 6 8 6 8 6 8 5 8 2 5		23-Nome do Contratado Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	24-Número no CRO 107908	25-UF SP	26-Código CRO 03
27-Nome do Profissional Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA			28-Número no CRO 107908	29-UF SP	30-Código CRO 03

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Fase	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Data de Realização	41-Moeda de Pagamento
1	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 1 0 0	0 0 0		23/04/2020	
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 1 0 0	0 0 0		23/04/2020	
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 1 0 0	0 0 0		23/04/2020	
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 1 0 0	0 0 0		23/04/2020	
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

42-Caso de Urgência Termino de Tratamento 23/04/2020	43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	44-Tipo de Tratamento 1-Todo 2-Parcial	45-Total Quantidade US 1 4 4 0 0	46-Valor Total R\$ 0 0 0	47-Total Franquia - Co-participação R\$
---	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	---

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, assinto e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a pagar os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Consentimento	49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/04/2020	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 23/04/2020	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 23/04/2020	52-Data, local e Assinatura da Empresa 23/04/2020
------------------	---	--	---	--

MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA
Cirurgiã Dentista
Implantodontia
CROSP-107908

MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA
Cirurgiã Dentista
Implantodontia
CROSP-107908