

311231
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 07/05/20	3-Data de Autorização 07/05/20	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7548300	6-Data Validade da Senha 05/08/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601159202		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /
12-Número da Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome ADRIANA NUNES ARAUJO			14-Telefone (11) 8465-9590		15-Nome do Titular do plano MANOEL SANTOS ARAUJO
16-Data de Nascimento 15/03/1971					
17-Endereço e RN N					
18-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO					
19-Número no CRO 107908		20-UF SP	21-Código CBO S 03		
22-UF - Faturar Empresa					
23-Código na Operadora - CNPJ / CPF 36968685825		24-Nome do Contratado / Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA		25-Número no CRC 107908	26-UF SP
27-Nome do Profissional Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA		28-Número no CRO 107908		29-UF SP	30-Código CBO S
31-Plano de Tratamento / Procedimento / Solicitante					
32-Labela	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dente/Região	36-Face	37-Qtd
1- 0085400114		COROA TOTAL EM CERÔMERO	12	1	472,00
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
38-Quantidade US 0,00					
39-Valor 0,00					
40-Fratura/Co-participação R\$ 12,05					
41-Data 05/05/2020					
42-Sigla D					
43-Data Prevista Término do Tratamento 12/05/2020					
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 472,00					
47-Valor Total R\$ C,00					
48-Total Fratura Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, bem como a apresentação da mesma, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável 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) 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 no contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/2020					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/2020					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/2020					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/2020					