



309034
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
2-Dia de Emissão da Guia: 28/04/2020
3-Dia de Autorização: 28/04/2020
4-Sentença: PENDENTE DE LIBERAÇÃO
5-Número da Guia Principal: 309034
6-Dia de Autuação da Guia: 28/04/2020

Dados do Beneficiário:
8-Número do Cartão: 00202510550601046601
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Dia de Validade do Cartão: 28/04/2020
12-Endereço do Cartão: Rua...
13-Nome: ALAIR SOUSA PRADO
14-Telefone: (11) 11111111
15-Profissão do titular: ALAIR SOUSA PRADO

Dados do Consultado Responsável pelo Tratamento:
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: AURORA CLINICA PSICO & ODONTO
18-Número do CRO: 107908
19-UF: SP
20-Código CBO: 03
21-Código da Operadora: CNPJ / C-UF: 36968685825
22-Nome do Contratado: MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA
23-Número do CRO: 107908
24-UF: SP
25-Código CBO: 03
26-Nome do Profissional Contratado: MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA
27-Número do CRO: 107908
28-UF: SP
29-Código CBO: 03

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-Valor	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	000	000			28/04/2020	N	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Custo Previsto Total do Tratamento: 28/04/2020
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência
45-Tipo do Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 3400
47-Valor Total R\$: 000
48-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 referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Consideração:
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 28/04/2020
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado: 28/04/2020
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 28/04/2020
53-Dia, local e Assinatura da Empresa: 28/04/2020

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

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