



308485
INTERCÂMBIO

1-Registro ANE 406414	2-Data de Emissão da Guia 24/04/2020	3-Data de Vencimento 11/11/2020	4-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	5-Número da Guia Principal 308485	6-Data de Vencimento da Guia 23/07/2020
--------------------------	---	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--

7-Data de Emissão da Guia 00202510550600725701	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	10-Data de Emissão da Guia 11/11/2020	11-Data de Vencimento da Guia 23/07/2020
12-Nome do Beneficiário PRISCILA SANTOS DE SOUSA	13-Data de Nascimento 26/10/1983	14-Telefone 11 44031931	15-Nome do Beneficiário no Plano PRISCILA SANTOS DE SOUSA	

16-Endereço da RV N	17-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO	18-Número da CRO 107908	19-UF SP	20-Código CBO B 03
21-Código de Identificação Profissional 368685825	22-Nome do Contratado / Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	23-Número da CRO 107908	24-UF SP	25-Código CBO B
26-Nome do Profissional Contratado MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA		27-Número da CRO 107908	28-UF SP	29-Código CBO B

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Elegido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medida da Guia de Referência
1	0081000005	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	000			24/04/2020	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42-Data Prevista Terminar o Tratamento 24/04/2020	43-Data de Alteração 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência Emergência	44-Tipo do Tratamento 1- Total 2- Parcial	45-Total Guardado em US 3400	46-Valor Total R\$ C 00	47-Total Franquia/Co-participação R\$
--	--	--	---------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, o(s) paciente(s) acima, e por mim assinado(s), autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os valores previstos em referência ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto e autorizo a Oporadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, os valores referentes ao tratamento realizado.

48-Data Local - Assinatura do Contratado / Responsável 24/04/2020	49-Data Local - Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/04/2020	50-Data Local - Assinatura do Profissional Contratado / Responsável 24/04/2020	51-Data Local - Assinatura da Empresa 24/04/2020
--	--	---	---

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

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