

379536
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/2012	4-Data de Autorização 01/11/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Código da Guia Principal 7887803	7-Data validade da Guia 20/12/20
8-Endereço do Beneficiário					
9-Endereço da Empresa 00202510550600936201		10-Empresa POS REDE PRESTADORA		11-Cidade e Estado da Empresa / / /	12-Telefone da Empresa / / / / /
13-Endereço do Beneficiário DAVID DOS SANTOS OLIVEIRA		14-Data de Nascimento 10/07/1989		15-Nome do titular no plano DAVID DOS SANTOS OLIVEIRA	
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Endereço a RSC N	18-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO		19-Número do CRP 107908	20-UF SP	21-Código CBO S 03
22-Código da Operadora - CNP - CPF 3696385825		23-Nome do Contratado Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA		24-Número do CNP 107908	25-UF SP
26-Nome do Profissional Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA		27-Número do CRP 107908		28-UF SP	29-Código CBO S
30-Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados					
31-Fluxograma	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Quantidade US	35-Valor	36-Fratura/Co-participação R\$
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	3400	000
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
37-Data Prevista Término do Tratamento		38-Tipo de Atendimento		39-Tipo de Pagamento	
/ /		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência		1-Total 2-Parcial	
				3400	
40-Data de Realização		41-Valor Total R\$		42-Valor Fratura/Co-participação R\$	
/ /		000			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme apresentado, Aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável e pagar, dentro dos custos previstos em contrato. Declaro, ainda que os procedimentos(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com o comprometimento a de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável, por esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
43-Observação					
44-Data, local e Assinatura do Grupo do Dentista Solicitante					
/ /					
45-Data, local e Assinatura do Grupo do Dentista Executante					
/ /					
46-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
/ /					
47-Data, local e Assinatura da Empresa					
/ /					

Dra. Marcela Caroline Fraga
Cirurgiã Dentista
Implantodontia
CRP SP 107908

Dra. Marcela Caroline Fraga
Cirurgiã Dentista
Implantodontia
CRP SP 107908