

312112
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2015	4-Data de Autorização 12/01/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7554550	7-Data Validade da Senha 10/9/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600787901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3696885825	22-Nome do Contratado Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	23-Número no CRO 107908	24-UF SP	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	27-Número no CRO 107908	28-UF SP	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 de Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			S		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 34,00	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, com as mesmas apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-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/foram realizado(s) em meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional ou entidade 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Dra. Marcela Caroline da Fraga
Cirurgiã Dentista
Implantodontia
07508

Dra. Marcela Caroline da Fraga
Cirurgiã Dentista
Implantodontia
07508