



315825
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 12/2/2020
4-Data de Autorização 01/06/2020
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 7584291
7-Data Validade da Senha 20/08/2020

8-Número da Carteira 00202510550601046601
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALAIR SOUSA PRADO
14-Telefone 14/05/1975
15-Assinatura do titular do plano ALAIR SOUSA PRADO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Identificação e RN N
17-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO
18-Número no CRO 107908
19-UF SP
20-Código CBO S 03
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36968685825
22-Nome do Contratado Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA
23-Número no CRO 107908
24-UF SP
25-Código CNE S
26-Nome do Profissional Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA
27-Número no CRO 107908
28-UF SP
29-Código CBO S
025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OMV	1	122,00	0,00		S	02/06/2020		[Assinatura]
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 02/06/2020
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 122,00
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, confiro a presente e apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistido, 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) de acordo com o meu consentimento a de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistido, 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 02/06/2020
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/06/2020
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/06/2020
53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/06/2020

Dra. Marcela Caroline Fraga
Cirurgiã Dentista
Implodontia
CROSP 107908

Dra. Marcela Caroline Fraga
Cirurgiã Dentista
Implodontia
CROSP 107908