



308485
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 24/10/14	3-Data de Autorização 29/10/14	4-Sentença AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7527295	6-Data de Validade da Sentença 23/07/20
8-Número da Carteira 00202510550600725701		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data de Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PRISCILA SANTOS DE SOUSA		14-Data de Nascimento 26/10/1983	15-Telefone (11) 4403-1931	16-Nome do titular do plano PRISCILA SANTOS DE SOUSA	
17-Endereço e RN N					
18-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO					
19-Código na Operadora CNPJ / CPF 36968685825		20-Nome do Contratado Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA		21-Número no CRO 107908	
22-UF SP		23-Código CBO S 03		24-UF SP	
25-Código CNES		26-Código CBO S		27-UF SP	
28-UF SP					

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	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-Custo de Realização	41-Medico de Olosa	42-Assistente
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometo-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 que assina esta Guia de Tratamento, 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 B. Fraga
Cirurgiã Dentista
Implodontista
CROSP 107908

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