



305499
INTERCÂMBIO

4-Mês/ano ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 07/04/20	4-Data de Autorização 09/04/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7504499	7-Data /Validade da Senha 08/07/20
-------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Endereço do Beneficiário 002025306800004501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data /Validade do Contrato / /	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--------------------------------------	---

13-Nome ELISABETH RODRIGUES SANTOS	14-Data de Nascimento 23/02/1981	15-Nome de Guerra do plano ELISABETH RODRIGUES SANTOS
---------------------------------------	-------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RPN N	17-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO	18-Número no CRO 107908	19-U.F. SP	20-Código CBO S 03	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora - CNPJ / C.F. 36968685825	22-Nome do Contratado Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	23-Número no CRO 107908	24-U.F. SP	25-Código CBO S	Enviar - RX R) 85100200 R) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	27-Número no CRO 107908	28-U.F. SP	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glóscia	42-Assinatura
1.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S			
2.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MPV	1	122,00	0,00		S	09/04/2020		Elisabeth
3.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	30/04/2020		Elisabeth
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Prevista Término do Tratamento 30/04/2020	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergencial	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 271,00	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 me foram apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional e a 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 o pagamento em tempo e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Considerações	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/04/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/04/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/04/2020	53-Data, local e Assinatura da Empresa 30/04/2020
------------------	---	---	---	--

Dra. Marcela Caroline Barbosa Fraga
Cirurgia Dentista
Implantodontia
CROSP 107908

Dra. Marcela Caroline Barbosa Fraga
Cirurgia Dentista
Implantodontia
CROSP 107908