


 312112
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/05/20	3-Data de Autorização 11/05/20	4-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	5-Número da Guia Principal 312112	6-Data Validade da Senha 09/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira 00202510550600787901	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	10-Data Validade da Carteira 11/05/20	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
12-Nome JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA	13-Data de Nascimento 02/12/1972	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA	

Dados do Contratado: Res. contratada pelo Tratamento

16-Atribuição e RH N	17-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO	18-Número no CRO 107908	19-UF SP	20-Cód. go CBO S 03	025 -
21-Código da Operadora - CNPJ - C/P 36968685825	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-Cód. go CBO S	

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Item	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 da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	11/05/2020		x Jmfr
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Caso Previsto Terminar o Tratamento 11/05/2020	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 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 apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento 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-Operadora	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/05/2020 x Jmfr	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/05/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/05/2020
--------------	---	--	---	---

Dra. Marcela Caroline Fraga
Cirurgiã Dentista
Implodontia
CROSP 107908

Dra. Marcela Caroline Fraga
Cirurgiã Dentista
Implodontia
CROSP 107908