


304550
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 30/03/2020	3-Data de Autorização 02/04/2020	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7498462	6-Data Validade da Senha 28/06/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

7-Endereço do Beneficiário 00202510550601159202	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
12-Nome ADRIANA NUNES ARAUJO	13-Data de Nascimento 15/03/1971	14-Telefone (11) 8465-9590	15-Nome do titular do plano MANOEL SANTOS ARAUJO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a HN N	17-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO	18-Número no CRC 107908	19-UF SP	20-Código CBO S 03
21-Código na Operadora - CNPJ - CEP 36968685825	22-Nome do Contratado Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	23-Número no CRC 107908	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	27-Número no CRC 107908	28-UF SP	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

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-Ant	40-Cota de Redução	41-Valor da Cota Reduzida
1	0085400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	22		1	472,00	0,00		5,12	05/2020	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42-Guia Previsto Terminar o Tratamento 12/05/2020	43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	45-Total Quantidade US 472,00	46-Valor Total R\$ 0,00	47-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, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente, com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) em meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/2020	49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/2020	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/2020	51-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/2020
---	---	---	---

Dra. Marcela Caroline B. Fraga
Cirurgiã Dentista
Implantodontia
CRCSP 107908

Dra. Marcela Caroline B. Fraga
Cirurgiã Dentista
Implantodontia
CRCSP 107908