Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

312548
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 12/05/20
4-Data de Autorização: 15/05/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7557792
7-Data Validade da Senha: 10/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020251055060078791
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA 02/12/1972
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: AURORA CLINICA PSICO & ODONTO
18-Número no CRO: 107908
19-UF: SP
20-Código CBO S: 03

025 -
Faturar Empresa

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 CNES:

26-Nome do Profissional Executante: MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA
27-Número no CRO: 107908
28-UF: SP
29-Código CBO S:

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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00853007	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	20/05/2020		
2	00853007	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	20/05/2020		
3	00853007	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	20/05/2020		
4	00853007	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	20/05/2020		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: 20/05/2020
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: 1440
47-Valor Total R$: 00
48-Total Franquia Co-participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento odontológico apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente 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 [illegible] consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, mediante assinatura desse documento, 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: 20/05/2020
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 20/05/2020
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 20/05/2020
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 20/05/2020

Dra. Marcela Caroline B. Fraga
Cirurgiã Dentista
Implantodontia
CRO-SP 107908