OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

435776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/12/20	15/12/20	AUTORIZADO	8122517	07/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205105506011455602	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
JOSE MARCOS GALDINO 20/03/1971	(11) 2382-0954	AURENICE TOME SANTOS GALDINO

Dados do Cirurgião-Dentista Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3696868582 5	MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	107908	SP	

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

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	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	16/12/2020		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	16/12/2020		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	16/12/2020		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	16/12/2020		
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Provável Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia/Co-participação R$
16/12/2020	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1440	000	

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima especificados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-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 sacar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, o valor deste documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data local e Carimbo da Empresa
16/12/2020	16/12/2020	16/12/2020	16/12/2020

Dra. Marcela Caroline Barbosa Fraga
Cirurgiã Dentista
Implantodontia
CRO SP 107908

Dra. Marcela Caroline Barbosa Fraga
Cirurgiã Dentista
Implantodontia
CRO SP 107908