OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

312543
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	3-Data de Autorização	4-Senha	5-Número da Guia Principal	6-Data Validade da Senha
405414	12/05/2020	15/05/2020	AUTORIZADO	7557736	10/08/2020

Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira	8-Plano	9-Empresa	9A-Data Validade da Carteira	9B-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025105506007891903	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA		

10-Nome	11-Telefone	12-Nome do titular do plano
PEITRO PARADELLA PEIXOTO SOUZA 11/08/2010		JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Atendimento a RN	14-Número do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	AURORA CLINICA PSICO & ODONTO	107908	SP	03

025 -
Faturar Empresa

15-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
36968688258	MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	107908	SP	

16-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MARCELA CAROLINE BAREOSA 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	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49	00,00		S	20/05/2020		
2	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49	00,00		S	20/05/2020		
3	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49	00,00		S	20/05/2020		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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$
20/05/2020	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial	147,00	00,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, 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) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional executante que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/05/2020	20/05/2020	20/05/2020	20/05/2020