OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS: 406414

3-Data de Emissão da Guia: 01/10/2020

4-Data de Autorização: 02/10/2020

5-Senha: AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal: 7924998

7-Data Validade da Senha: 30/12/2020

387699
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00202510550600028402

9-Plano: POS REDE PRESTADORA

10-Empresa: INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira: __/__/__

12-Número do Cartão Nacional de Saúde:

13-Nome: WILIAN LELES SILVA

18/12/1967

14-Telefone: (__) ____-____

15-Nome do Titular do Plano: MARGARETE DOS SANTOS LELES SILVA

Dados do Contratado Executante / Profissional Executante

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: 36968858255

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	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3600	000		S	31/10/2020		Wilian Leles
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3600	000		S	31/10/2020		Wilian Leles
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3600	000		S	31/10/2020		Wilian Leles
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3600	000		S	31/10/2020		Wilian Leles
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: 31/10/2020

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: 1400

47-Valor Total R$: 000

48-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 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 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.

49-Observação:

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 31/10/2020

61-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 31/10/2020

62-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 31/10/2020 Wilian Leles Leles

63-Data local e Carimbo da Empresa: 31/10/2020