OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

379536
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 21/09/20
4-Data de Autorização: ___/___/___
5-Senha: PENDENTE DE LIBERAÇÃO
6-Número da Guia Principal: 379536
7-Data Validade da Senha: 20/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00205105506093620 1
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira: ___/___/___
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: DAVID DOS SANTOS OLIVEIRA 10/07/1989
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: DAVID DOS SANTOS OLIVEIRA

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 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 36983685825
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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		N	21/09/2020		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: 21/09/2020
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: 34,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia Co-participação R$:

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme descritos e 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), foram realizado(s) com total entendimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, os valores do 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: 21/09/2020
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 21/09/2020
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 21/09/2020
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 21/09/2020

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