

OdontoLife

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



306605
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão 15/07/2020	5-Plano POS REDE PRESTADORA	6-Número da Guia Principal 7513460	7-Data Validade da Serina 14/07/2020	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 306605
8-Número da Carteira 00202510506005042011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2020	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 306605	
13-Nome MARILENE CATAO SILVA	14-Data de Nascimento 21/04/1961	15-Telefone (11) 414618750	16-Nome do titular do plano MARILENE CATAO SILVA		
17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante ALINE MICHELE CICUTO	19-Número no CRO 84389	20-UF SP	21-Código CBO 6 025 - Faturar Empresa	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2604732851	23-Nome do Contratado Executante ALINE MICHELE CICUTO	24-Número no CRO 84389	25-UF SP	26-Código CNES	
27-Nome do Profissional Executante ALINE MICHELE CICUTO	28-Número no CRO 84389	29-UF SP	30-Código CBO 6		

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	23	1	1	73,00	0,00		10/11/2020		
2	00182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	32	1	1	73,00	0,00		10/11/2020		
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data de Início do Tratamento 02/08/2020	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos 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 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/08/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/08/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/08/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/08/2020
---	---	---	---

Aline M. Cicuto
CRO-SP 84389
CPF 266047328-51