OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

420306
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
2-Data de Emissão da Guia: 17/11/2020
3-Data da Autorização: 24/11/2020
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8058942
7-Data Validade da Senha: 15/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00202510550601145504
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: RAYANE MARYA TOME GALDINO 01/03/2009
14-Telefone: (11) 2382-0954
15-Nome do titular do plano: AURENICE TOME SANTOS GALDINO

Dados do Executante/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 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora/CNPJ/CPF: 3696886825
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 UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1- 00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR				1	72,00	0,00	S	25/11/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Primeiro Período Técnico de Tratamento: 25/11/2020
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 UR: 172,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Co-participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, [illegible] apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional [illegible] custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado [illegible] de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional [illegible] 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: 25/11/2020
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 25/11/2020
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável: 25/11/2020
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 25/11/2020

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

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