OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

420303
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
406414	17/11/20	24/11/20	AUTORIZADO	8058939	15/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205105506011455 01	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
AURENICE TOME SANTOS GALDINO 11/01/1973	(11) 2382-0954	AURENICE TOME SANTOS GALDINO

Dados do Cirurgião-Dentista/Responsável pelo Tratamento

16-Nome/Razão Social	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO-S
N	AURORA CLINICA PSICO & ODONTO	107908	SP	03

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3696886858225	MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	107908	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO-S
MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA	107908	SP	

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Dist	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 - 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	25/11/2020		
2 - 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	25/11/2020		
3 - 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	25/11/2020		
4 - 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	25/11/2020		
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 UR	47-Valor Total R$	48-Total Franquia/Coparticipação R$
25/11/2020	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial	144 00	00	

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme as [illegible] apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente [illegible] previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com [illegible] a de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado [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	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data local e Assinatura do Beneficiário, Responsável	53-Data local e Carimbo da Empresa
25/11/2020	25/11/2020	25/11/2020	25/11/2020

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

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