Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

331413
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 29/06/20
4-Data de Autorização: 01/07/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7670122
7-Data Validade da Senha: 27/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 2 9 1 1 0 2
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ANTONIA BENEDITO 16/07/1953
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: ANTONIA BENEDITO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Credenciado ou não: 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: 3 6 9 6 8 6 8 5 8 2 5
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	00810006 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: __/__/__
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 [illegible] apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a [illegible] os prazos previstos [illegible] contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com [illegible] consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que [illegible] este documento, os valor[illegible] 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: __/__/__

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

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