

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



510986
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 13/12/11		4-Data de Autorização 13/01/10 13/12/11		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8432821		7-Data Validade da Santa 12/17/10 16/12/11		
8-Dados do Beneficiário 0 0 0 2 0 2 5 2 6 4 8 2 3 0 0 0 0 0 1 0 3		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome KALEBE DOS SANTOS OLIVEIRA		14/02/2005		14-Telefone (1 1) 8 4 0 3 1 3 9 7 4		15-Nome do Titular do plano MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS OLIVEIRA						
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LOTUS TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS		18-Número no CRO 9124		19-UF DF		20-Código CBO S 06		025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 1 1 0 9 8 3 8 6 1 0 8		22-Nome do Contratado Executante PHILIPPI MACHADO DOS REIS		23-Número no CRO 9124		24-UF DF		25-Código CIES				
26-Nome do Profissional Executante PHILIPPI MACHADO DOS REIS		27-Número no CRO 9124		28-UF DF		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
1-0	0 1 0 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 1 0 0	0,00			10/09/2011		Philippe Machado dos Reis
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Prescrição Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico	45-Exame Radiológico	46-Ortodontia	47-Urgência/Emergência	48-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total	49-Parcial	49-Total Quantidade US	49-Total Quantidade US	49-Total Quantidade US	49-Total Quantidade US	49-Total Quantidade US	49-Total Quantidade US
10/08/10 04/11/21							3 4 1 0 0					
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário-Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa	54-Data, local e Assinatura 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/foram 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.	55-Observações							
10/08/10 04/11/21		10/08/10 04/11/21		Philippe Machado dos Reis Cirurgião Dentista								

CR00DF 9124