

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 10/12/10 6/12/11 4-Data de Autorização 10/14/10 6/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8657732 7-Data Validade da Senha 13/11/08/12/11

571847
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Atualiza da Carteira 10/02/02 15/3/6/9/3/6/7/0/0/0/0/1/0/1/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JACSON DEIVE DE ALMEIDA

20/08/1975

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

JACSON DEIVE DE ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN 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 / CPE 22-Nome do Contratado Executante PHILIPPI MACHADO DOS REIS 23-Número no CRO 9124 24-UF DF 25-Código CNES 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-Cid	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	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		13	4,00					
2-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3	6,00					
3-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3	6,00					
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3	6,00					
5-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3	6,00					
6-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3	6,00					
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento

10/08/10 06/12/11

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantitativo US

178,00

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 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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

10/08/10 06/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

10/08/10 06/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/08/10 06/12/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa

10/08/10 06/12/11

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

10/08/10 06/12/11

Philippe Machado dos Reis

Cirurgião-Dentista

CRODF 9124