OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

375335
INTERCÂMBIO

Lotus tratamentos odontológicos

1-Registro ANS	406414
2-Data de Emissão na Guia	15/09/20
4-Data de Autorização	17/09/20
5-Senha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	7870940
7-Data Validade da Senha	14/12/20
8-Número da Carteira	0025258482300000103
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	
12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome	KALEBE DOS SANTOS OLIVEIRA 14/02/2005
14-Telefone	( ) 8403-3974
15-Nome da Mãe ou pai	MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS OLIVEIRA
16-Atendimento a RN	N
17-Nome do Profissional Solicitante	LOTUS TRATAMENTOS ODONTOLOGICOS
18-Número no CRO	9124
19-UF	DF
20-Código CBO S	06
125 - Faturar Empresa	
1-Código na Operadora / CNPJ / CPF	01098336108
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	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Coordenada (R)	37-Valor	38-Franquia de Co-participação R$	39-Vlr	40-Data de Realização	41-Matrícula do Dentista	42-Assinatura
1-	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34 00	0,00		S	17/09/20		Renato
2-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HA3D		1	35 03	0,00		S	18/09/20		Renato
3-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35 03	0,00		S	18/09/20		Renato
4-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HA3E		1	35 03	0,00		S	18/09/20		Renato
5-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35 03	0,00		S	18/09/20		Renato
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provável Término do Tratamento	18/09/20
44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Odontológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial
46-Total Coparticipação R$	174,00
47-Valor Total R$	0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, o 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 conta certa, ao profissional contratado que assina este 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	18/09/20
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	18/09/20 Renato Oliveira
53-Data, local e Carimbo da Empresa	

Philippi Machado dos Reis
Cirurgião Dentista
CRO/DF 9124