



Facilitador para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406614	3-Dia de Emissão da Guia 09/10/2011	4-Dia de Autorização 11/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8467165	7-Dia Validade da Senha 08/10/2011
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

519367
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0002025264823000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	--

13-Nome KALEBE DOS SANTOS OLIVEIRA	14-Teléfono () 8403974	15-Nome do Titular do plano MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS OLIVEIRA
---------------------------------------	----------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço a RN LOTUS TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS	17-Nome do Profissional Solicitante PHILIPPI MACHADO DOS REIS	18-Número no CRO 9124	19-UF DF	20-Código CBO S 06	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01098386108	22-Nome do Contratado Exatante PHILIPPI MACHADO DOS REIS	23-Número no CRO 9124	24-UF DF	25-Código CNES (I) 85100200	26-Nome do Profissional Exatante 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- Faixa	35- Clid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-	00	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S 11 / 0 6 / 2 1		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/06/21												
44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Totál 2-Parcial												
46- Totál Quantidade US 8 8 , 0 0												
47-Valor Totál R\$ 0 , 0 0												
48-Totál 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/21	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/21	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 11/06/21
--	---	--	--

Philippe Machado dos Reis
Cirurgião Dentista
CRO/DF 9124