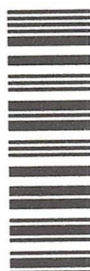




Indicador para você sorrir

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2<sup>o</sup>



427058  
INTERCÂMBIO

|                          |                                            |                                        |                       |                                       |                                           |
|--------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Dia de Emissão da Guia<br>12/05/11 11:20 | 4-Dia de Autorização<br>10/08/11 12:12 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8086800 | 7-Dia Validade da Senha<br>12/13/10 12:12 |
|--------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|

|                                                |                                |                                        |                                                             |                                       |
|------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0002025307566000099001 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CAIXA DE ASSISTENCIA DOS | 11-Dia Validade da Carteira<br>11/11/11                     | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>ANDREYA STELLA SILVA PEIXOTO        | 30/01/1995                     | 14-Telefone<br>( ) - - - - -           | 15-Nome do titular do plano<br>ANDREYA STELLA SILVA PEIXOTO |                                       |

|                                                                 |                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |                                                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LOTUS TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS |
| 21-Código na Operação / CNPJ / CPF<br>001098386108              | 22-Nome do Contratado Executante<br>PHILIPPI MACHADO DOS REIS          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>PHILIPPI MACHADO DOS REIS | 27-Número no CRO<br>9124                                               |
|                                                                 | 28-UF<br>DF                                                            |
|                                                                 | 29-Código CBO S                                                        |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Fixo | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Dia de Realização | 41-Motivo de Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 084000198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            | 1       | 1      | 3,5              | 10,0     | 0,0                             | 0,0    | 12/12/20             |                    |               |
| 2-00      | 084000198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            | 1       | 1      | 3,5              | 10,0     | 0,0                             | 0,0    | 12/12/20             |                    |               |
| 3-00      | 084000198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            | 1       | 1      | 3,5              | 10,0     | 0,0                             | 0,0    | 12/12/20             |                    |               |
| 4-00      | 084000198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            | 1       | 1      | 3,5              | 10,0     | 0,0                             | 0,0    | 12/12/20             |                    |               |
| 5-00      | 081000030                 | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 | 1       | 1      | 3,4              | 10,0     | 0,0                             | 0,0    | 12/12/20             |                    |               |
| 6-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 7-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 8-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 9-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 10-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 11-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 12-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 13-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 14-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 15-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |

|                                                   |                                                                                                                                     |                                                                      |                                  |                            |                                                 |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Dia Previsto Término do Tratamento<br>24/12/20 | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>174,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

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

Philippe Machado dos Reis  
Cirurgião Dentista

|                                                                          |                                                              |                                                                      |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>12/11/11 | 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/11/11 | 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>24/12/20 | 53-Dia, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/11 |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|

CRO/DF 9124