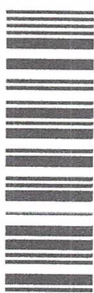




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 10/5/11/11/2101	4-Data de Autorização 11/2/11/11/2101	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8025220	7-Data Validade da Senha 10/3/11/02/11/2111	412261 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

Cobros do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102151211694150101021315011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome GILLIANE CAMBUÍ BEZERRA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano GILLIANE CAMBUÍ BEZERRA
------------------------------------	------------------------------	--

Endos do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante LOTUS TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS	18-Número no CRO 9124	19-UF DF	20-Código CRO S 06	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100200
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código no Datasul / CNPJ / CPE 101109181336110811	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 CRO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Figado	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	01851101021010	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MP	11	881010	010100	11511211112101	11	11/2/11/11/2101	22	
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 Prevista Término do Tratamento 11/2/11/11/2101	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgê xdo Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 881010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111
---	---	--	----------------------------------	------------------------------	---

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.

4-9-Observação

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/2/11/11/2101	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/2/11/11/2101	52-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11/11/11	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11/11/11
--	---	--	--	--

Philippe Machado dos Reis
Cirurgião Dentista
CRO/DF 9124