



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 12/01/11 4-Data e Autorização 12/07/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número do Guia Principal 8085547 7-Data Validade da Senha 12/12/10 8-Data Validade da Senha 12/12/11

426731
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 1002025211694500023501 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS 11-Data Validade do Cartão 12/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GILLIANE CAMBU BEZERRA

16/08/1975

15-Nome do titular do plano GILLIANE CAMBU BEZERRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LOTUS TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS 18-Número no CRO 9124 19-UF DF 20-Código CBO S 06 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1011098386108 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

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente /Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/2010		
2-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/2010		
3-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/2010		
4-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/2010		
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Proxeta Término do Tratamento 12/31/12 44-1-Tipo do Acondicionamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-1-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantitativo US 144,00 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

Philippe Machado dos Reis
Cirurgião Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/31/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/31/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/31/12 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRO/DF 9124