



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Rogério ANS 406414	3-Dia do Emissão do Guia 12/3/11 01/12/01	4-Dia de Autuação 12/7/11 01/12/01	5-Santa AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7991256	7-Dia Validade do Guia 12/1/10 11/12/11
-------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

403760
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1002102529876300001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELIZETE NERES DA SILVA	21/06/1963	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELIZETE NERES DA SILVA	

Dados do Contrato e Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LOTUS TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10110918386108	22-Nome do Contratado Exatante PHILIPPI MACHADO DOS REIS
26-Nome do Profissional Exatante PHILIPPI MACHADO DOS REIS	27-Número no CRO 9124
28-UF DF	29-Código CRO S 06
30-Franquia Co-participação R\$ 025 -	31-Faturar Empresa

30-Tabela	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-Caixa de Rerização	41-Matrx da Glorx	42-Assinatura
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			11/11/2011		Lotus
2-0	0183000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			11/11/2011		Lotus
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			11/11/2011		Lotus
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			11/11/2011		Lotus
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			11/11/2011		Lotus
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 12/11/10/2011	44-Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Orientação 4 - Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/10/2011	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10/2011	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	---	--

Lotus
Cirurgião Dentista
CRO/DF 9124