OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

377944
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data da Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/09/20	29/09/20	AUTORIZADO	7883289	17/12/20

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511774240000061	POS REDE PRESTADORA	CONDOMINIO DO ED BELIZE DA QI		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
SILVIO GILMAR OLIVEIRA ALVES 10/06/1969	( )	SILVIO GILMAR OLIVEIRA ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LOTUS TRATAMENTOS ODONTOLOGICOS	9124	DF	96

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01098318610	PHILIPPI MACHADO DOS REIS	9124	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PHILIPPI MACHADO DOS REIS	9124	DF	

028 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(t) 55190000
(t) 55190000

Plano do Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QM	36-Quantidade UI	37-Valor	38-Participação/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61	00	000	S	29/09/20		
2	00851020200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OD	1	88	00	000	S	29/09/20		
3	00851020200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OM	1	88	00	000	S	30/09/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UI	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
30/09/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	237 00	000	

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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
30/09/20		30/09/20 Silvio Gilmar	

Philippe Machado dos Reis
Cirurgião Dentista
CRO-DF 9124

Lotus
tratamentos odontológicos

LOTUS TRATAMENTOS ODONTOLOGICOS LTDA ME
3027-2119, 3257-4781

CNB 05 LOTE 09 SALAS 109/110/111
Taguatinga Centro, Taguatinga - DF
72.115-055