OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

260654
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 11/12/19
4-Data de Autorização: 17/12/19
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7268904
7-Data Validade da Senha: 10/03/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0025265464823030000101 03
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: KALEBE DOS SANTOS OLIVEIRA 14/02/2005
14-Telefone: ( ) 8403 3974
15-Nome do Titular do plano: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: LOTUS TRATAMENTOS ODONTOLOGICOS
18-Número no CRO: 9124
19-UF: DF
20-Código CBO-S: 06

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 86100200

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF: 01091836108
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:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	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-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	880	000		S	17/12/19		
2	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	610	000		S	17/12/19		
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Prevista Término do Tratamento: 17/12/19
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exames Radiológicos 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 1490
47-Valor Total R$: 000
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 17/12/19
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: __/__/__
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 17/12/19, Renato Oliveira
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

Philippi Machado dos Reis
Cirurgião Dentista
CRO/DF 9124

Lotus
tratamentos odontológicos