Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

369830
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 03/09/20	4-Data de Autorização: 15/09/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 7647986	7-Data Validade da Senha: 02/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 0020256246823000001012	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Acomodação: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: RENATO DOS SANTOS OLIVEIRA 26/06/1995	14-Telefone: ( ) 8403-3974	15-Nome do Titular do plano: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS OLIVEIRA		

Dados do Contratado Executante do Tratamento

16-Credenciado a ANS: N	17-Nome do Profissional Solicitante: LOTUS TRATAMENTOS ODONTOLOGICOS	18-Número no CRO: 9124	19-UF: DF	20-Código CBO-S: 03
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 01098381010	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

Dados do Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Unidade	37-Valor	38-Total/Co-participação R$	39-Fat	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00810003	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	00	S	15/09/20		Renato
2-	00853004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	16/09/20		Renato
3-	00853004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	16/09/20		Renato
4-	00853004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	16/09/20		Renato
5-	00853004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	16/09/20		Renato
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provável Término do Tratamento: 16/09/20	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Dificuldade 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Guia Unidade R$: 178,00	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, ciente de minha responsabilidade em 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(ram) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

Cirurgião Dentista
CRO-DF 9124

50-Data, Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 15/09/20	51-Data, Assinatura do Cirurgião-Dentista: / /	52-Data, Assinatura do Beneficiário / Responsável: 15/09/20 Renato Oliveira	53-Data, Assinatura do Contratado da Empresa: / /

Lotus tratamentos odontológicos