



TRANQUILIDADE PARA VOCÊ E SEU

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



450178
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 400614	3-Dia de Emissão da Guia 10/08/10 11/21	4-Dia de Autorização 11/11/01 11/21	5-Semha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8181373	7-Dia Validada da Semha 10/08/10 11/21
8-Número da Carteira 10/02/02 533493000010101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validada da Carteira 11/11/11
13-Nome ANA BEATRIZ LEMOS LIMA			26/06/1997	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA BEATRIZ LEMOS LIMA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
15-Apresentamento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LOTUS TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS		18-Número no CRO 9124	19-U.F. DF
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101098386108		22-Nome do Contratado Executante PHILIPPI MACHADO DOS REIS		23-Número no CRO 9124	24-U.F. DF
26-Nome do Profissional Executante PHILIPPI MACHADO DOS REIS		27-Número no CRO 9124		28-U.F. DF	29-Código CRO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
1-10	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00
2-1					0,00
3-1					
4-1					
5-1					
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 11/3/01/21					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 34,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,00					
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 11/3/01/21					
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/3/01/21					
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/3/01/21					
53-Dia, local e Carimbo da Empresa 11/3/01/21					

Philippe Machado dos Reis
Cirurgião Dentista
CRO/DF 9124