OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

377855
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 17/09/20	4-Data de Autorização: 18/09/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 7852819	7-Data Validade da Senha: 16/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 002 5110 7724 0000 0601	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: CONDOMINIO DO ED BELIZE DA QI	11-Data Validade do Cartão:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: SILVIO GILMAR OLIVEIRA ALVES 10/06/1969	14-Telefone: ( )	15-Nome do Titular do plano: SILVIO GILMAR OLIVEIRA ALVES		

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 CNES: 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 01 9 8 3 8 5 1 0 8	22-Nome do Cirurgião Dentista: 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 CNES:	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100300
(I) 85100300

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Dist	36-Quantidade	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	8 8 0 0	0 0 0		S	18/09/20		Silvio
2	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	18	OM	1	8 8 0 0	0 0 0		S	18/09/20		Silvio
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Pagamento Serviços ao Beneficiário: 18/09/20	44-Tipo de Atendimento: 1-Exames/Consultas/Terapias 2-Exame Radiologia 3-Orto/Endo 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Guia/Tabela US: 176,00	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R$:

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, a por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo o 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:

Philippi Machado dos Reis
Cirurgião Dentista
CRO-DF 9124

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 18/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 18/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /

Lotus tratamentos odontológicos