OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

375933
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 15/09/20
4-Data de Autorização: 17/09/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7873594
7-Data Validade da Senha: 14/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020252170220000001011
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: TAGUAPORT PRODUTOS
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ROBERTO CARLOS CORDEIRO ROCHA 11/12/1967
14-Telefone:
15-Nome do titular do plano: ROBERTO CARLOS CORDEIRO ROCHA

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 01983816108
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 CNES:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QM	36-Quantidade (X)	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	00810000 30	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	00,00	S	17/09/20		
2-	00853000 47	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	38,00	00,00	S	18/09/20		
3-	00853000 47	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	38,00	00,00	S	18/09/20		
4-	00853000 47	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	38,00	00,00	S	18/09/20		
5-	00853000 47	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	38,00	00,00	S	18/09/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término de Tratamento: 18/09/20
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quadrilátero UE: 178,00
47-Valor Total R$: 00,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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, o 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 este 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: 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: / /

Philippi Machado dos Reis
Cirurgião Dentista
CRO/DF 9124

Lotus
tratamentos odontológicos