



Transferência para o CNP

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



458455
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/01/21	4-Data de Autorização 12/01/01/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8214296	7-Data Validade na Santa 12/01/04/21
--------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 101020253493000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ANA BEATRIZ LEMOS LIMA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA BEATRIZ LEMOS LIMA
-----------------------------------	------------------------------	---

Declaro de Responsabilidade pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LOTUS TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS	18-Número no CRO 9124	19-UF DF	20-Código CBO S 06	21-Data Validade da Carteira 025 -
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	---------------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101098386108	22-Nome do Contratado Executante PHILIPPI MACHADO DOS REIS	23-Número no CRO 9124	24-UF DF	25-Código CNES (I) 85100200 (O) 85100200 (T) 85100200	26-Data Validade da Carteira Enviar - RX
---	---	--------------------------	-------------	--	---

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

20-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Relevo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	12	PM	1	8 8 10 10	0,00	0,00		12/01/21		
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	21	PD	1	8 8 10 10	0,00	0,00		12/01/21		
3-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	22	PM	1	8 8 10 10	0,00	0,00		12/01/21		
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-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/21	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1264,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	---	--	-----------------------------------	-----------------------------	--

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(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 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Philippi Machado dos Reis
Cirurgião Dentista
CR0/DF 9124