

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 11/22 4-Data de Autorização 12/9/11 11/22 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10625790 7-Data Validade da Senha 12/1/10 2/12/3

1241401
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020254890860000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome JACQUELINE MARIA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21/10/1991

10-Empresa LUIS FERNANDO DA COSTA 14-Telefone () - - - - -

11-Data Validade da Carteira 12/1/10 2/12/3 15-Nome do titular do plano LUIS FERNANDO DA COSTA 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE FERREIRA DE CASTRO

18-Número no CRO 20369

19-UF SC

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 32873203000189

22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA

23-Número no CRO 20369

24-UF SC

25-Código CNES 2925699

26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO

27-Número no CRO 20369

28-UF SC

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	61,00	0,00					
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	61,00	0,00					
3-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	61,00	0,00					
4-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	61,00	0,00					
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 244,00

47-Valor Total R\$ 10,00

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, 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Felipe Ferreira

CRO-SC 20.369