

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/08 11:22	4-Data de Autorização 13/11/08 11:22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10314760	7-Data Validade da Senha 12/9/11 11:22	1125821 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 1010210251977754000256011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SELBETTI GESTAO DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome ALEXANDRE DA SILVA MATEUS			01/07/1985	14-Telefone ())	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE DA SILVA MATEUS	

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		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		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1318732030001189		22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA		23-Número no CRO 20369		24-UF SC															

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-001810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00				31/08/12	
2-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36,00				31/08/12	
3-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36,00				31/08/12	
4-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36,00				31/08/12	
5-001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36,00				31/08/12	
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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, conforme previsto em contrato.

49-Observação
Dr. Felipe Ferreira
CRO-SC 20.369

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/08/12 Felipe Ferreira de Castro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/12 Felipe Ferreira de Castro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/08/12
---	---	---	---