

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 1 0 7 1 2 3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11437438	7-Data Validade da Senha 1 0 1 0 1 2 3	1528398 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	-----------------------	--	---	------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1 0 0 2 0 2 5 0 1 9 6 7 4 0 0 0 2 5 2 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AVIC DISTRIBUIDORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome

ITAMAR LOPES DA CRUZ	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ITAMAR LOPES DA CRUZ
----------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE FERREIRA DE CASTRO	18-Número no CRO 20369	19-JF SC	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 8 7 3 2 0 3 0 0 0 1 8 9	22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA	23-Número no CRO 20369	24-JF SC	25-Código CNES 2925699	26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO	27-Número no CRO 20369	28-JF SC	29-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------	--	---	---------------------------	-------------	---------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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
1-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	33	L	1	16	1,00	0,00	0,00	S	25/10/2013	Stanner
2-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	43	L	1	16	1,00	0,00	0,00	S	25/10/2013	Stanner
3-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
4-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
5-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
6-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
7-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
8-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
9-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
10-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 1 2 2 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	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) 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 25/10/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/2013
---	---	---	---

Dr. Felipe Ferreira
CRO-SC 20.369