



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/2019 12:22	4-Data de Autorização 10/06/2019 12:22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10334352	7-Data Validade da Senha 04/12/22	1132907 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 100202549992700000101	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 LAUDICEIA GOMES DE SOUZA						
14-Telefone () - - - - -						
15-Nome do titular do plano LAUDICEIA GOMES DE SOUZA						
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-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 132873203000011819	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										37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
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			
1-10001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	22 D 1	61100	0100						06/09/22				
2-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	23 D 1	61100	0100						06/09/22				
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$									
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	12100	0100	0100									

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
06/09/22 Felipe Ferreira de Castro	06/09/22 Felipe Ferreira de Castro
53-Data, local e Carimbo da Empresa	06/09/22