

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 9/12/21	4-Data de Autorização 12/7/10 9/12/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10410103	7-Data Validade da Senha 12/6/11 2/12/21	1161690 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---	------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 10102025476438000452011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa VIQUA INDUSTRIA DE PLASTICOS		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome GUILHERME FUCKNER MOREIRA		14-Telefone (11) 11111111		15-Data de Nascimento 16/05/1994		16-Endereço GUILHERME FUCKNER MOREIRA		17-Data Validade da Carteira 11/11/11		18-Número do Cartão Nacional da Saúde	

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 132873203000189		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-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO		28-Número no CRO 20369		29-UF SC		30-Código CBO S		31-Data Validade da Carteira 11/11/11		32-Número do Cartão Nacional da Saúde	

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
1-0001810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00	0,00	S	28/10/12	Guilherme
2-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	28/10/12	Guilherme
3-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	28/10/12	Guilherme
4-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	28/10/12	Guilherme
5-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	28/10/12	Guilherme
6-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA		11	V	1	61,00	0,00	0,00	S	28/10/12	Guilherme
7-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA		13	V	1	61,00	0,00	0,00	S	28/10/12	Guilherme
8-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA		23	V	1	61,00	0,00	0,00	S	28/10/12	Guilherme
9-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
10-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Previsão 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 361,00	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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
Dr. Felipe Ferreira CRO-SC 20.369	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/12 Felipe Ferreira de Castro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/12 Felipe Ferreira de Castro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/12 Felipe Ferreira de Castro	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/12
---	---	---	---