

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1139436
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
11/11/2022

6-Número da Guia Principal
10350045

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
20/09/2022

3-Data de Emissão da Guia
12/09/2022

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020255091720000101

6-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
CLEVERTON SANTOS TELES

21/03/1988

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
CLEVERTON SANTOS TELES

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

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-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
1-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00				21/10/2022	
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HA		1	36,00				21/10/2022	
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HA		1	36,00				21/10/2022	
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HA		1	36,00				21/10/2022	
5-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HA		1	36,00				21/10/2022	
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

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
1178,00

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
12/11/2022 Felipe Ferreira de Castro

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/2022 Felipe Ferreira de Castro

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/2022 Cleverton Santos Teles

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/11/2022