

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1188765
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 6 / 0 1 / 2 3

6-Número da Guia Principal
10485811

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 9 / 1 0 / 2 2

3-Data de Emissão da Guia
1 8 / 1 0 / 2 2

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

1 0 0 2 0 2 5 2 4 4 1 7 1 0 0 1 8 9 7 0 1

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

KRONA TUBOS E CONECCOES SA

11-Data Validade da Carteira

11-11-11-11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

12-12-12-12

13-Nome

FILipe FLORINDO

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

FILipe FLORINDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN

Nº

17-Nome do Profissional Solicitante

FELipe FERREIRA DE CASTRO

18-Número no CRO

20369

19-UF

SC

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

13 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-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

025 -

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	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	25/10/22	Filipe
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	25/10/22	Filipe
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	25/10/22	Filipe
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	25/10/22	Filipe
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	25/10/22	Filipe
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsto Término do Tratamento

11/11/11

44-Tipo de Alendimento

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, 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

25/10/22 Felipe Ferreira de Castro

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

25/10/22 Felipe Ferreira de Castro

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

25/10/22 x Filipe

53-Data, local e Carimbo da Empresa

25/10/22