



2-Nº

1125848
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
2 9 / 1 1 / 2 2

6-Número da Guia Principal
10314826

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
13 1 / 1 0 8 / 1 2 2

3-Data de Emissão da Guia
13 1 / 1 0 8 / 1 2 2

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10 0 2 0 2 5 2 4 4 1 7 1 0 0 1 2 2 5 0 3

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
KRONA TUBOS E CONECCOES SA

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
/ / / / / /

13-Nome
VANESSA DE OLIVEIRA

14-Telefone
() / / / / / /

15-Nome do titular do plano
WELLINTON ROBERT THEILACKER

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
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

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	14	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0			S	3 1 / 1 0 8 / 2 2	Vanessa
2-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0			S	3 1 / 1 0 8 / 2 2	Vanessa
3-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0			S	3 1 / 1 0 8 / 2 2	Vanessa
4-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0			S	3 1 / 1 0 8 / 2 2	Vanessa
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-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2 4 4 1 0 0	0 1 0 0	

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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Felipe Ferreira
CRO-SC 20.369

3 1 / 1 0 8 / 2 2

Vanessa de Oliveira