

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 09:12:21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10334302		7-Data Validade da Senha 04/11/12 12:21		1132892 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 1010202551104130000010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome MARGARET CORDEIRO MIRA		27/07/1962		14-Telefone		15-Nome do titular do plano MARGARET CORDEIRO MIRA					
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 131287320300001189		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-Faca	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0101811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1	34,00	0,00			10/09/12	Margaret
2-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		1	36,00	0,00			10/09/12	Margaret
3-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		1	36,00	0,00			10/09/12	Margaret
4-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		1	36,00	0,00			10/09/12	Margaret
5-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		1	36,00	0,00			10/09/12	Margaret
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-Total 2-Parcial		1-Total 2-Parcial		178,00		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) 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 10/09/10 9:12 Felipe Ferreira de Castro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/12 Felipe Ferreira de Castro
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/12 Margaret Mira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/09/12