

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/11 11/12/12	4-Data de Autorização 11/03/11 12/12/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10566213	7-Data Validade da Senha 05/10/12 11/12/13	1218591 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 10020254953750000102			9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
13-Nome RICARDO ALEANDRO MELLO GERBER			14-Telefone () - - - - -			15-Data Validade da Carteira / /
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE FERREIRA DE CASTRO			18-Número no CRO 20369
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 132873203000189			22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA			23-Número no CRO 20369
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO			27-Número no CRO 20369			28-Código CBO S 2925699
19-UF SC			20-Código CBO S			24-UF SC
19-UF SC			20-Código CBO S			24-UF SC

10-Telefone () - - - - -			11-Data Validade da Carteira / /			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome RICARDO ALEANDRO MELLO GERBER			14-Telefone () - - - - -			15-Data Validade da Carteira / /		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE FERREIRA DE CASTRO			18-Número no CRO 20369		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 132873203000189			22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA			23-Número no CRO 20369		
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO			27-Número no CRO 20369			28-Código CBO S 2925699		
19-UF SC			20-Código CBO S			24-UF SC		
19-UF SC			20-Código CBO S			24-UF SC		

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
1-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	11/12/12	11/12/12
2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	11/12/12	11/12/12
3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	11/12/12	11/12/12
4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	11/12/12	11/12/12
5-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	0	1	1	61,00	0,00	0,00	S	11/12/12	11/12/12
6-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	0	1	1	61,00	0,00	0,00	S	11/12/12	11/12/12
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 262,00	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					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/12 11/12/12 Felipe Ferreira de Castro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/12 11/12/12 Felipe Ferreira de Castro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/12/12 11/12/12 Ricardo Mello Gerber	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/12 11/12/12	Dr. Felipe Ferreira CRO-SC-20.369
--	--	---	--	--------------------------------------