

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/11 11/12/12	4-Data de Autorização 12/18/11 11/12/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10623553	7-Data Validade da Senha 12/10/10 12/12/13	1240709 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10102020252613110000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa VOX COMERCIO DE AUTOMOVEIS		11-Data Validade de Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome ROSANE LUIZA DE ARAUJO MIRANDA						
14-Telefone () - - - - -						
15-Nome do titular do plano ROSANE LUIZA DE ARAUJO MIRANDA						
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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 132873203000189						
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-Dentier/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0001810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00
2-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36,00
3-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36,00
4-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36,00
5-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36,00
6-0001853000047						
7-0001853000047						
8-0001853000047						
9-0001853000047						
10-0001853000047						
11-0001853000047						
12-0001853000047						
13-0001853000047						
14-0001853000047						
15-0001853000047						
43-Data Previsão Término do Tratamento						
44-Tipo do Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Total Quantidade US						
47-Valor Total R\$						
48-Total Franquia / Co-participação R\$						

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 10/7/11 12/11/20 Felipe Ferreira de Castro		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/7/11 12/11/20 Felipe Ferreira de Castro		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/7/11 12/11/20 Rosane A. Miranda	
Dr. Felipe Ferreira CRO-SC 20.369					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/7/11 12/11/20					