



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/04/2018		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10286558		7-Data Validade da Senha 22/11/2022		11-Data Validade da Carteira 11/11/2022		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 1116047 INTERCÂMBIO			
8-Número da Carteira 10020202550624700000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa VALERIA DE AVILA MILLER				11-Data Validade da Carteira 11/11/2022			
13-Nome PAULO CEZAR FRANCISCO DOS SANTOS				14-Teléfono () / /				15-Nome do titular do plano VALERIA DE AVILA MILLER				16-Atendimento a RN FELIPE FERREIRA DE CASTRO			
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 1328732030001189				22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA				23-Número no CRO 20369				24-UF SC			
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	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00		24/09/22					
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00		0,00		24/09/22					
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00		0,00		24/09/22					
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00		0,00		24/09/22					
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00		0,00		24/09/22					
6-0															
7-0															
8-0															
9-0															
10-0															
11-0															
12-0															
13-0															
14-0															
15-0															
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo do Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		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) 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 12/09/2022 Felipe Ferreira de Castro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/09/2022 Felipe Ferreira de Castro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/2022 Paula	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/09/2022
---	---	---	---