

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/10/2017 12:21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10120504		7-Data Validade da Senha 11/11/2017 12:21		1057092 INTERCÂMBIO													
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
8-Número da Carteira 0020202526131100005802		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa VOX COMERCIO DE AUTOMOVEIS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
13-Nome ARIANE RAMA MANNICH		14-Telefone () / /		15-Nome do titular do plano PAULO EDUARDO MANNRICH																			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										025 - Faturar Empresa													
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										38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura							
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	
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1				34		00		00		00		S		13/10/2017		fe	
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
43-Data Provisão Término de Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação											
/ /		1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		3400		3400		0000		DENTAL MED - CLÍNICA INTEGRADA		32.873.203/0001-89									

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 atua sob esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2017 12:21 Felipe Ferreira de Castro		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2017 12:21 Felipe Ferreira de Castro		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2017 12:21 Ariane Rama Mannich		53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/2017 12:21	
RUA DR PLÁCIDO OLIMPIO DE OLIVEIRA, 1335 - ANTAGARIBALDI - CEP 88202-176				JOINVILLE - SANTA CATARINA			