



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019 12:21	4-Data de Autorização 14/10/2019 12:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10355790	7-Data Validade da Senha 13/11/2021 12:21	1141441 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020253958640000030303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SERVICOS DE REABILITACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome FERNANDA MARTINS JURGENSEN						
14-Telefone () / /						
15-Nome do titular do plano ERIKA MARTINS JURGENSEN						
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 13287320300001189	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-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
1-00181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	34,00	0,00	0,00	S	14/10/2019 12:21	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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	
Dr. Felipe Ferreira	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/10/2019 12:21 Felipe Ferreira de Castro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/2019 12:21 Felipe Ferreira de Castro
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 14/10/2019 12:21 Erika Martins Jurgensen	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/2019 12:21	