

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/08/11 10:22		4-Data de Autorização 12/04/11 10:22		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10490621		7-Data Validade da Senha 11/06/11 11:23		1190385 INTERCÂMBIO											
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 100202518900501932801		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CONDOR SUPER CENTER LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Certidão Nacional de Saúde															
13-Nome GEORGIA TALESSA SILVA LOPES																							
14-Telefone () - - - - -																							
15-Nome do titular do plano GEORGIA TALESSA SILVA LOPES																							
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 132873203000189		22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA		23-Número no CRO 20369		24-UF SC		25-Código CMES 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	
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		22		V		1		16100		000		000		000		S		25/10/12		Georgina	
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		27		O		1		16100		000		000		000		S		25/10/12		Georgina	
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10-																							
11-																							
12-																							
13-																							
14-																							
15-																							
43-Data Previsão 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 1122100		47-Valor Total R\$ 00000000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 00000000													

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 CRO-SC 20.369	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/11 10:11 22 Felipe Ferreira de Castro	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/11 10:11 22 Felipe Ferreira de Castro	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/11 10:11 22 Georgina	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/11 10:11 22	