



7-Data Validade da Senta
01/01/2013

6-Número da Guia Principal
10434320

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/04/10/12/2

3-Data de Emissão da Guia
03/11/10/12/2

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010202547643800015301

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
VIQUA INDUSTRIA DE PLASTICOS

11-Data Validade de Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
VINICIUS REINERT

26/01/2001

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
VINICIUS REINERT

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
Nº
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
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-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/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
1-000181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/12	2
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/11

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
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

CRO-SC 20.369

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante
12/06/11 10/12/2 Felipe Ferreira de Castro

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/06/11 10/12/2 Vinicius R

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/06/11 10/12/2