

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/17/11 11/22		4-Data de Autorização 10/19/11 11/22		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10566745		7-Data Validade da Senha 10/15/10 12/12/13		1218782 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 100202025411375000024011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa WETZEL SA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome FERNANDA BESS SCHWARTZ		14-Telefone () - - - - -		15-Data Validade da Carteira 11/11/11		16-Data Validade da Carteira 11/11/11		17-Data Validade da Carteira 11/11/11					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Alendimento 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 3218732030000189		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		
1-00018100000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00				10/11/11			
2-00018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36,00				10/11/11			
3-00018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36,00				10/11/11			
4-00018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36,00				10/11/11			
5-00018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36,00				10/11/11			
6-00018153000471													
7-00018153000471													
8-00018153000471													
9-00018153000471													
10-00018153000471													
11-00018153000471													
12-00018153000471													
13-00018153000471													
14-00018153000471													
15-00018153000471													
43-Data Previsão Término do Tratamento													
44-Tipo de Alendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$					
1-1		1-1		178,00		10,00		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, conforme previsto em contrato.													
49-Observação													
CRO-SC 20.369													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante													
10/11/11		11/22		FELIPE FERREIRA DE CASTRO		10/11/11		11/22		FELIPE FERREIRA DE CASTRO			
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista													
10/11/11		11/22		FELIPE FERREIRA DE CASTRO		10/11/11		11/22		FELIPE FERREIRA DE CASTRO			
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável													
10/11/11		11/22		FERNANDA BESS SCHWARTZ		10/11/11		11/22		FERNANDA BESS SCHWARTZ			
53-Data, local e Carimbo da Empresa													
10/11/11		11/22		FERNANDA BESS SCHWARTZ		10/11/11		11/22		FERNANDA BESS SCHWARTZ			