



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 9/12/21	4-Data de Autorização 12/7/10 9/12/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10407663	7-Data Validade da Senha 12/6/11 2/12/21	1160790 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10002025189005019328011	5-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CONDOR SUPER CENTER LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GEORGIA TALESSA SILVA LOPES						
14-Telefone (11) 1111-1111						
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	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1328732030001189	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
1-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36,00
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36,00
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36,00
5-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36,00
6-00000000000						
7-00000000000						
8-00000000000						
9-00000000000						
10-00000000000						
11-00000000000						
12-00000000000						
13-00000000000						
14-00000000000						
15-00000000000						
43-Data Prevista Término do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Total Quantidade US						
47-Valor Total R\$						
48-Total Franquia / Co-participação R\$						
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.						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						
53-Data, local e Carimbo da Empresa						