



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/09 12:21	4-Data de Autorização 12/01/09 12:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10379006	7-Data Validade da Senha 11/01/12 12:21	1149832 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202518900501900801	9-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 JESSICA VIEIRA DA SILVA						
14-Telefone () - - - - -						
15-Nome do titular do plano JESSICA VIEIRA DA SILVA						
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-JF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 32873203000189		22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA		23-Número no CRO 20369	24-JF SC	25-Código CNES 2925699
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO		27-Número no CRO 20369		28-JF SC	29-Código CBO S	

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
1-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00		0,00		21/10/12	
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36,00		0,00		21/10/12	
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36,00		0,00		21/10/12	
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36,00		0,00		21/10/12	
5-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36,00		0,00		21/10/12	
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão 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, 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 21/10/12 AS Felipe Ferreira de Castro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/12 Felipe Ferreira de Castro
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/12 JESSICA VIEIRA DA SILVA	
53-Data, local e Carimbo da Empresa	