

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/12	4-Data de Autorização 19/12/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10677853	7-Data Validade da Senha 10/08/13	1259912 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------	------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202553852300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSELI BEZERRA ALVES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSELI BEZERRA ALVES		

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	25-Código CNES 2925699	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	26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO	27-Número no CRO 20369	28-UF SC

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
1-000810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00			S	21/12/12	Roseli
2-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		1	36,00			S	21/12/12	Roseli
3-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1	36,00			S	21/12/12	Roseli
4-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1	36,00			S	21/12/12	Roseli
5-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1	36,00			S	21/12/12	Roseli
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto 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 178,00	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) acima, e por mim assinado(s), folforam 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/12 Felipe Ferreira de Castro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/12 Felipe Ferreira de Castro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/12 Roseli B. Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/12
---	---	---	---

Dr. Felipe Ferreira
CRO-SC 20.369