



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/12/2019

4-Data de Autorização
12/09/2019

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
10350105

7-Data Validade da Senha
11/11/2012

1139443
INTERCÂMBIO

8-Número de Carteira
00202550990000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ELISANDRO APARECIDO ARCE MARTINS

14-Telefone
(11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano
ELISANDRO APARECIDO ARCE MARTINS

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
FELIPE FERREIRA DE CASTRO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
132873203000189

26-Nome do Profissional Executante
FELIPE FERREIRA DE CASTRO

18-Número no CRO
20369

19-UF
SC

20-Código CBO S

23-Número no CRO
20369

24-UF
SC

25-Código CNES
2925699

27-Número no CRO
20369

28-UF
SC

29-Código CBO S

22-Nome do Contratado Executante
DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA

025 -
Faturar Empresa

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	16100	000	000	000	000	000	000	000
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	16100	000	000	000	000	000	000	000
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total	2-Parcial	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
12/10/19 11/20 Felipe Ferreira de Castro

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/10/19 11/20 Felipe Ferreira de Castro

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/19 11/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/10/19 11/20