

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/19 09:22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10413544	7-Data Validade da Senha 12/07/12 12:22	1162807 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-----------------------	--	--	------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 1002025486408000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade de Carteira 11/11/2008		12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome REBEKA DA SILVEIRA BORGES		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano JORACI DA SILVEIRA							

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		26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO		27-Número no CRO 20369		28-UF SC		29-Código CBO S		25 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 32873203000189		22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA																					

30-Tabella	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	0,00	0,00	S	04/10/22	Joraci
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		46	O	1	61	0,00	0,00	S	04/10/22	Joraci
3-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		47	O	1	61	0,00	0,00	S	04/10/22	Joraci
4-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		17	O	1	61	0,00	0,00	S	04/10/22	Joraci
5-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		37	O	1	61	0,00	0,00	S	04/10/22	Joraci
6-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA		36	O	1	61	0,00	0,00	S	04/10/22	Joraci
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/12	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 339,00	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) 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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 12:22 Felipe Ferreira de Castro		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 12:22 Joraci da Silveira		53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/12	
--------------------------------------	--	---	--	--	--	---	--