

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1139482
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sentin
11/11/2022

6-Número da Guia Principal
10350182

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/01/09/2022

3-Data de Emissão da Guia
11/12/09/2022

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202534498100062801

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
BALAROTI COM DE MAT DE

11-Data Validade de Carteira
11/11/2022

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARCELO MIRA COELHO DIAS

07/09/1985

14-Telefone
(11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano
MARCELO MIRA COELHO DIAS

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

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

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	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-0001810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00	0,00	S	20/01/2022	
2-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36,00	0,00	0,00	S	20/01/2022	
3-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36,00	0,00	0,00	S	20/01/2022	
4-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36,00	0,00	0,00	S	20/01/2022	
5-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36,00	0,00	0,00	S	20/01/2022	
6-0000000000000											
7-0000000000000											
8-0000000000000											
9-0000000000000											
10-0000000000000											
11-0000000000000											
12-0000000000000											
13-0000000000000											
14-0000000000000											
15-0000000000000											

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/2022

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
1178,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
1,00

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/01/09/2022 Felipe Ferreira de Castro

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/01/09/2022 Felipe Ferreira de Castro

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/01/09/2022 Marcelo Mira Coelho Dias

53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/01/09/2022