

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1218186
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 5 / 0 2 / 1 2 3

6-Número da Guia Principal
10565105

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 6 / 1 1 / 1 2 2

3-Data de Emissão da Guia
0 7 / 1 1 / 1 2 2

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 2 0 2 0 0 8 0 0 0 4 2 1 0 1

10-Empresa
A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 23

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
SUZI KALIANE DE LIMA SOUZA

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
SUZI KALIANE DE LIMA SOUZA

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 3 2 8 7 3 2 0 3 0 0 0 1 8 9

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

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
1-0 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	3 4 0 0	0 0 0 0			1 6 / 1 1 / 1 2 2	
2-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	3 6 0 0	0 0 0 0			1 6 / 1 1 / 1 2 2	
3-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	3 6 0 0	0 0 0 0			1 6 / 1 1 / 1 2 2	
4-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	3 6 0 0	0 0 0 0			1 6 / 1 1 / 1 2 2	
5-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	3 6 0 0	0 0 0 0			1 6 / 1 1 / 1 2 2	
6-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7											
7-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7											
8-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7											
9-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7											
10-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7											
11-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7											
12-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7											
13-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7											
14-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7											
15-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7											

43-Data Previsão 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
1 7 8 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 0 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0 0 0 0 0

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

53-Dati, local e Carimbo da Empresa
1 6 / 1 1 / 1 2 2

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 6 / 1 1 / 1 2 2

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 6 / 1 1 / 1 2 2

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
1 6 / 1 1 / 1 2 2