



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/2021 4-Data de Autorização 12/08/2021 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10604510 7-Data Validade da Serinha 11/05/2022

1232918
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 101020252485730000011011 6-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome JEFERSON MORAES

09/05/1974

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 14-Telefone (1471) 3435-8403

11-Data Validade da Carteira 11/11/11 15-Nome do titular do plano JEFERSON MORAES

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE FERREIRA DE CASTRO

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 32873203000189

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

30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/11/2021		
2-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/11/2021		
3-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/11/2021		
4-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/11/2021		
5-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			11/11/2021		
6-10												
7-10												
8-10												
9-10												
10-10												
11-10												
12-10												
13-10												
14-10												
15-10												

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 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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) 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/21 Felipe Ferreira de Castro

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/21 Felipe Ferreira de Castro

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/21 JEFERSON MORAES

53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/21

Dr. Felipe Ferreira
CRO-SC 20.366