

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1241544
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/11/02/12/3

5-Número da Guia Principal
10626194

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/9/11/11/22

3-Data de Emissão da Guia
12/3/11/11/22

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00020254890860000102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
LUIS FERNANDO DA COSTA

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

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
JAQUELINE MARIA DE SOUZA

21/10/1991

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
LUIS FERNANDO DA COSTA

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-Envio - RX
(I) 85100200

28-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 Glosa 42-Assinatura
1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38 V 1 61000	07/11/12	12	1	12	12	12	12	12	12
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47 V 1 61000	07/11/12	12	1	12	12	12	12	12	12
3-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46 O 1 61000	07/11/12	12	1	12	12	12	12	12	12
4-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37 OV 1 88000	07/11/12	12	1	12	12	12	12	12	12
5-00000000000											
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

43-Data Provisão 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
127100

47-Valor Total R\$
10000

48-Total Franquia / Co-participação R\$
10000

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), foram realizados 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

10/7/11 12/12/12 Felipe Ferreira de Castro

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

10/7/11 12/12/12 Felipe Ferreira de Castro

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/7/11 12/12/12 Jaqueline

53-Data, local e Cartão da Empresa

10/7/11 12/12/12

Dr. Felipe Ferreira
CRO-SC 20.369