



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/5/11 10/12/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10520202		7-Data Validade da Senha 12/3/10 11/12/13		1201545 INTERCÂMBIO																	
Dados do Beneficiário										11-Data Validade de Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
8-Número da Carteira 100202025189005019328011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CONDOR SUPER CENTER LTDA		11-Data Validade de Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome GEORGIA TALESSA SILVA LOPES		15-Nome do titular do plano GEORGIA TALESSA SILVA LOPES															
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		2025 - Faturar Empresa		25-Código CNES 2925699															
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 CBO S		26-UF SC		27-Número no CRO 20369															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										33-Dente/Região 36 V 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US		37-Valor 61,00		38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00		39-Aut S		40-Data de Realização 11/11/12		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura sugeria	
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					
1-0101851100196		RESTAURAÇÃO RESINA				36		V		1		61,00		61,00		0,00		S		11/11/12		sugeria					
2-1																											
3-1																											
4-1																											
5-1																											
6-1																											
7-1																											
8-1																											
9-1																											
10-1																											
11-1																											
12-1																											
13-1																											
14-1																											
15-1																											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Total Quantidade US		49-Tipo de Faturamento		50-Tipo de Faturamento		51-Valor Total R\$		52-Total Quantidade US		53-Tipo de Faturamento		54-Tipo de Faturamento					
11/11/11		1		1		1		61,00		61,00		1		1		61,00		61,00		1		1					

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(ram) 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
10/11/11 11/12/12 Felipe Ferreira de Castro

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/11 11/12/12 Felipe Ferreira de Castro

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/11 11/12/12 sugeria

53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/11/11 11/12/12