

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/03/2018 12:22		4-Data de Autorização 12/03/2018 12:22		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10282910		7-Data Validade da Senha 12/11/2022		11-Data Validade da Carteira 11/11/2022		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 1114920 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 000202546056800000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				15-Nome do titular do plano DEJALMO DA SILVA GODINHO			
13-Nome DEJALMO DA SILVA GODINHO				14-Telefone () - - - - -				16-Número no CRO 20369				19-UF SC			
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE FERREIRA DE CASTRO				20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa				25-Código CNES 2925699			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 132873203000189				22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA				24-UF SC				29-Código CBO S			
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO				27-Número no CRO 20369				28-UF SC							
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	
1-000851100196		RESTAURAÇÃO RESINA		47		0		1		6100		0000		S06/109/22401	
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$					
		1-1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência				6100		0000	

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.

Dr. Felipe Ferreira
CRO-SC-20-369

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/2018 12:22 <i>Felipe Ferreira de Castro</i>		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2018 12:22 <i>Felipe Ferreira de Castro</i>		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2018 12:22 <i>DEJALMO DA SILVA GODINHO</i>		53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/2018 12:22	
--	--	--	--	---	--	---	--