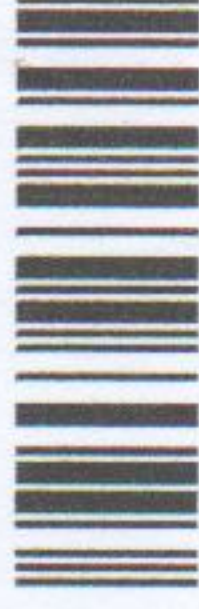


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/2019 11/22/2019	4-Data de Autorização 12/01/2019 11/22/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10350820	7-Data Validade da Senha 11/11/2012 11/22/2012	1139699 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10020202506305000000102						
12-Número do Cartão Nacional da Saúde						
13-Nome LARISSA ROHDEN						
14-Telefone () - - - - -						
15-Nome do titular do plano MARIA ELIZE THOMAZ						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N						
17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE FERREIRA DE CASTRO						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1328732030000189						
25-Código CNES 2925699						
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO						
28-UF SC						
29-Código CBO S						
37-Valor						
38-Franquia/Co-participação R\$						
39-Aut						
40-Data de Realização						
41-Motivo da Glosa						
42-Assinatura						

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
1-00018100000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				21/10/2019		
2-00018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00				21/10/2019		
3-00018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00				21/10/2019		
4-00018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00				21/10/2019		
5-00018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00				21/10/2019		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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), folioforam 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 12/11/2019 11/22 Felipe Ferreira de Castro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2019 11/22 Maria Elize Thomaz