



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/10101212		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10463235		7-Data Validade da Senha 10/19/1011/1213		1180695 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 1010120250479300010501		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ELETRO INSTALADORA KLUZ		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JOSE MARIA GONCALVES DA ROSA		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano JOSE MARIA GONCALVES DA ROSA							
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			
21-Código na Operadora / CNPJ / C-F 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-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-000181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		11113400000000		HASD		11113600000000		11111811011212	
2-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11113600000000		HASE		11113600000000		11111811011212	
3-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11113600000000		HAIE		11113600000000		11111811011212	
4-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11113600000000		HAID		11113600000000		11111811011212	
5-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11113600000000						11111811011212	
6-000185300047										11111811011212	
7-000185300047										11111811011212	
8-000185300047										11111811011212	
9-000185300047										11111811011212	
10-000185300047										11111811011212	
11-000185300047										11111811011212	
12-000185300047										11111811011212	
13-000185300047										11111811011212	
14-000185300047										11111811011212	
15-000185300047										11111811011212	
16-000185300047										11111811011212	
17-000185300047										11111811011212	
18-000185300047										11111811011212	
19-000185300047										11111811011212	
20-000185300047										11111811011212	
21-000185300047										11111811011212	
22-000185300047										11111811011212	
23-000185300047										11111811011212	
24-000185300047										11111811011212	
25-000185300047										11111811011212	
26-000185300047										11111811011212	
27-000185300047										11111811011212	
28-000185300047										11111811011212	
29-000185300047										11111811011212	
30-000185300047										11111811011212	
31-000185300047										11111811011212	
32-000185300047										11111811011212	
33-000185300047										11111811011212	
34-000185300047										11111811011212	
35-000185300047										11111811011212	
36-000185300047										11111811011212	
37-000185300047										11111811011212	
38-000185300047										11111811011212	
39-000185300047										11111811011212	
40-000185300047										11111811011212	
41-000185300047										11111811011212	
42-000185300047										11111811011212	
43-000185300047										11111811011212	
44-000185300047										11111811011212	
45-000185300047										11111811011212	
46-000185300047										11111811011212	
47-000185300047										11111811011212	
48-000185300047										11111811011212	
49-000185300047										11111811011212	
50-000185300047										11111811011212	
51-000185300047										11111811011212	
52-000185300047										11111811011212	
53-000185300047										11111811011212	
54-000185300047										11111811011212	
55-000185300047										11111811011212	
56-000185300047										11111811011212	
57-000185300047										11111811011212	
58-000185300047										11111811011212	
59-000185300047										11111811011212	
60-000185300047										11111811011212	
61-000185300047										11111811011212	
62-000185300047										11111811011212	
63-000185300047										11111811011212	
64-000185300047										11111811011212	
65-000185300047										11111811011212	
66-000185300047										11111811011212	
67-000185300047										11111811011212	
68-000185300047										11111811011212	
69-000185300047										11111811011212	
70-000185300047										11111811011212	
71-000185300047										11111811011212	
72-000185300047										11111811011212	
73-000185300047										11111811011212	
74-000185300047										11111811011212	
75-000185300047										11111811011212	
76-000185300047										11111811011212	
77-000185300047										11111811011212	
78-000185300047										11111811011212	
79-000185300047										11111811011212	
80-000185300047										11111811011212	
81-000185300047										11111811011212	
82-000185300047										11111811011212	
83-000185300047										11111811011212	
84-000185300047										11111811011212	
85-000185300047										11111811011212	
86-000185300047										11111811011212	
87-000185300047										11111811011212	
88-000185300047										11111811011212	
89-000185300047										11111811011212	
90-000185300047										11111811011212	
91-000185300047										11111811011212	
92-000185300047										11111811011212	
93-000185300047										11111811011212	
94-000185300047										11111811011212	
95-000185300047										11111811011212	
96-000185300047										11111811011212	
97-000185300047										11111811011212	
98-000185300047										11111811011212	
99-000185300047										11111811011212	
100-000185300047										11111811011212	

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/1011/1212		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1178100		47-Valor Total R\$ 1178100		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1178100	
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 no contrato.											
49-Observação:											
Dr. Felipe Ferreira CRO-SC 20.369											
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/1011/1212 Felipe Ferreira de Castro											
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 18/11/1011/1212 Jose Maria Gonçalves da Rosa											
52-Data, local e Assinatura da Empresa 18/11/1011/1212											