



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2012	4-Data de Autorização 18/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10465484	7-Data Validade da Senha 09/10/2012	1181458 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020250748800000001	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa LUAN MONTEIRO ANDRADE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUAN MONTEIRO ANDRADE	14-Telefone () -		15-Data de Nascimento 09/08/1990	16-Nome do titular do plano LUAN MONTEIRO ANDRADE		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE FERREIRA DE CASTRO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 132873203000189	22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO	27-Número no CRO 20369
28-UF SC	
29-Código CBO S	
20-Código CBO S	
19-UF SC	
24-UF SC	
25-Código CNES 2925699	
26-UF SC	
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
	1-0	0182000859	EXODONTIA DE RAIZ	36	1	1	73,00	0,00	0,00	S	19/10/2012	
	2-											
	3-											
	4-											
	5-											
	6-											
	7-											
	8-											
	8-											
	10											
	11											
	12											
	13											
	14											
	15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodonta 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	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), 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.

49-Observação

Dr. Felipe Ferreira	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/9/10/2012 Felipe Ferreira de Castro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/9/10/2012 Felipe Ferreira de Castro
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/9/10/2012 Luan Monteiro	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/9/10/2012	