

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 1 0 7 1 2 2	4-Data de Autorização 1 2 1 0 7 1 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 1015620	7-Data Validade da Senha 1 0 1 0 1 2 2	1055452 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 1 0 0 2 0 2 5 4 9 1 5 7 1 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome FERNANDA MONTEIRO RODRIGUES	02/06/1992	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano DANIEL TUBEL			

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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 3 2 8 7 3 2 0 3 0 0 0 1 8 9	22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA	23-Número no CRO 20369	24-UF SC
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO	27-Número no CRO 20369	28-UF SC	29-Código CBO S
25-Código CNES 2925699			
20-Código CBO S			

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	1		1	3 4 0 0	0	0 0 0	S	12/07/22	Fernando
2-												
3-												
4-												
5-												
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 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
---	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/07/22 Felipe Ferreira de Castro CRO-SC 20.369	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/07/22 Felipe Ferreira de Castro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/07/22 Fernanda M.B.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/07/22
---	---	---	---