

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 14/09/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10357846		7-Data Validade da Senha 13/12/2012		1142183 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 00202519775400031403				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa SELBETTI GESTAO DE			
13-Nome SAMUEL DAVI DA SILVA MOURA				28/12/2013				11-Data Validade da Carteira 11/11/11			
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE FERREIRA DE CASTRO				15-Nome do titular do plano ERIVALDO CARVALHO DE MOURA			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 132873203000189				22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA				20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO				23-Número no CRO 20369				24-UF SC			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				27-Número no CRO 20369				28-UF SC			

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
1-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00	0,00		14/09/2012	Erivaldo
2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1	35,00	0,00	0,00		14/09/2012	Erivaldo
3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1	35,00	0,00	0,00		14/09/2012	Erivaldo
4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1	35,00	0,00	0,00		14/09/2012	Erivaldo
5-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1	35,00	0,00	0,00		14/09/2012	Erivaldo
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 174,00	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
CRO-SC 20.369

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/10/19/22 Felipe Ferreira de Castro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/19/22 Felipe Ferreira de Castro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/19/22 Erivaldo Carvalho de Moura	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14.09.22
--	--	---	---