

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/2010 10:22	4-Data de Autorização 25/11/2012 10:22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10500715	7-Data Validade da Senha 18/10/2012 13	1193945 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 002020252351680000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VICTORIA RAQUEL REICHEMBACH DANSKI	14-Telefone (41) 9900010525		15-Nome do titular do plano PAULO DE TARSO DANSKI			
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	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 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-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura	
1-000181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	0,00	0,00	S	25/10/2012		Deich	
2-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00	0,00	S	25/10/2012		Deich	
3-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00	0,00	S	25/10/2012		Deich	
4-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00	0,00	S	25/10/2012		Deich	
5-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00	0,00	S	25/10/2012		Deich	
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), 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 25/11/2012 Felipe Ferreira de Castro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/2012
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/2012 Felipe Ferreira de Castro	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/11/2012