



1203011
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/4/10/1/12/3

6-Número da Guia Principal
10524647

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
13/1/11/10/12/2

3-Data de Emissão da Guia
12/6/11/10/12/2

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020251582700002001

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
KWM ARAQUARI GERENCIAMENTO

11-Data Validade da Carteira
/ / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LETICIA FERNANDA DE FREITAS DA SILVA

22/06/1996

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
LETICIA FERNANDA DE FREITAS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
FELIPE FERREIRA DE CASTRO

17-Nome do Profissional Solicitante
FELIPE FERREIRA DE CASTRO

18-Número no CRO
20369

19-UF
SC

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
132873203000189

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	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		1	34,00	0,00		S	10/11/11	12/12/10
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		1	36,00	0,00		S	10/11/11	12/12/10
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		1	36,00	0,00		S	10/11/11	12/12/10
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		1	36,00	0,00		S	10/11/11	12/12/10
5-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		1	36,00	0,00		S	10/11/11	12/12/10
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
1178,00

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
10/11/11 11/22 Felipe Ferreira de Castro

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/11 11/22 Felipe Ferreira de Castro

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/11 11/22 Leticia

53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/11/11 11/22