

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 9/12/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10350174		7-Data Validade da Senha 11/12/21 21/21/21		1139478 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0002025344981000628021		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa BALAROTI COM DE MAT DE		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome KELLIANE NASCIMENTO MIRA		29/07/1990		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano MARCELO MIRA COELHO DIAS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										025 - Faturar Empresa	
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			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13128732030001891		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
1-0001810000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		S	20/10/2021	
2-0001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	36,00	0,00		S	20/10/2021	
3-0001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	36,00	0,00		S	20/10/2021	
4-0001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	36,00	0,00		S	20/10/2021	
5-0001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	36,00	0,00		S	20/10/2021	
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		1178,00		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 20/10/2021 21/21/21 Felipe Ferreira de Castro		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/2021 21/21/21 Felipe Ferreira de Castro		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2021 21/21/21	
--	--	--	--	--	--