



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
1|9|9|0|9|9|2|2|

4-Data de Autorização
12|0|9|0|9|9|2|2|

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
10375563

7-Data Validade da Senha
1|8|9|1|2|9|2|2|

1148764
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
0|0|2|0|2|5|5|1|0|4|1|3|0|0|0|0|1|0|2|

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MATHEUS CORDEIRO DAMACENO

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
MARGARET CORDEIRO MIRA

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
13|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

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

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

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\$

49-Observação

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
20/10/2019 22 Felipe Ferreira de Castro

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/10/2019 11 23 Felipe Ferreira de Castro

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/2019 12 23 Margaret Mira

53-Data, local e Carimbo da Empresa