

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/10/09/12/2	4-Data de Autorização 11/09/10/09/12/2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10336308	7-Data Validade de Senha 10/05/11/12/12/2	1133609 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--	------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 10/02/02/547643800035402		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa VIQUA INDUSTRIA DE PLASTICOS		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VITORIA FIAMONCINI		14-Telefone () 11 11 11 11 11 11		15-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		16-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		17-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		18-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	

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-JF SC		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 132873203000189		22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA		23-Número no CRO 20369		24-JF SC		25-Código CNES 2925699		Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO		27-Número no CRO 20369		28-JF SC		29-Código CBO S		30-Código CBO S		31-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	30-Tabella	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
1-0001851002000	1	0001851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	188,00	0,00	0,00	1	10/09/12	10/09/12
2-0001851002000	2	0001851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	188,00	0,00	0,00	1	10/09/12	10/09/12
3-0001851002000	3	0001851002000										
4-0001851002000	4	0001851002000										
5-0001851002000	5	0001851002000										
6-0001851002000	6	0001851002000										
7-0001851002000	7	0001851002000										
8-0001851002000	8	0001851002000										
9-0001851002000	9	0001851002000										
10-0001851002000	10	0001851002000										
11-0001851002000	11	0001851002000										
12-0001851002000	12	0001851002000										
13-0001851002000	13	0001851002000										
14-0001851002000	14	0001851002000										
15-0001851002000	15	0001851002000										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	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 117,60	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	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/7/10/9/12 Felipe Ferreira de Castro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/7/10/9/12 Felipe Ferreira de Castro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/7/10/9/12 Darlene	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/7/10/9/12
---	---	---	---

Dr. Felipe Ferreira
CRO-SC 20.369