

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/07/11 11/12/11		4-Data de Autorização 10/07/11 11/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10563649		7-Data Validade da Senha 10/05/10 12/12/13		1217627 INTERCÂMBIO											
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 0002025515827000020001				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa KWM ARAQUARI GERENCIAMENTO															
11-Data Validade de Carteira 11/11/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde				13-Nome LETICIA FERNANDA DE FREITAS DA SILVA															
14-Teléfono ()				15-Nome do titular do plano LETICIA FERNANDA DE FREITAS DA SILVA				16-Atendimento a RN 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 1328732030000189				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	
1-0000851000196		RESTAURAÇÃO RESINA		37		O		1		161000		0000		18/11/11		22		S		18/11/11		22	
2-0000851000196		RESTAURAÇÃO RESINA		46		O		1		161000		0000		18/11/11		22		S		18/11/11		22	
3-0000851000196		RESTAURAÇÃO RESINA		47		O		1		161000		0000		18/11/11		22		S		18/11/11		22	
4-																							
5-																							
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\$													
11/11/11		1-1		1-1		18300		18300		0000													
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 Solidário																							
10/18/11 11/12/11 Felipe Ferreira de Castro																							
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável																							
10/18/11 11/12/11 Letícia Fernanda de Freitas da Silva																							
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável																							
10/18/11 11/12/11 Letícia Fernanda de Freitas da Silva																							
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável																							
10/18/11 11/12/11 Letícia Fernanda de Freitas da Silva																							