

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



325298
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 6 / 0 6 / 2 0	4-Data de Autorização 1 7 / 0 6 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7638415	7-Data Validade da Senha 1 4 / 0 9 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 5 6 8 2 5 0 0 0 1 8 5 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SAPORITI DO BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome JOAO MARTINIANO FONSECA DA ROCHA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOAO MARTINIANO FONSECA DA ROCHA
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	18-Número no CRO 14941	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 2 1 7 1 3 1 2 3 2 8 1 8	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX (0) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	27-Número no CRO 14941	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- 0 0 1 8 1 1 0 0 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RMIE		1	1 4 0 0		0,00	S	18/06/20		
2- / / / / / / / / / / / / / / / /												
3- / / / / / / / / / / / / / / / /												
4- / / / / / / / / / / / / / / / /												
5- / / / / / / / / / / / / / / / /												
6- / / / / / / / / / / / / / / / /												
7- / / / / / / / / / / / / / / / /												
8- / / / / / / / / / / / / / / / /												
9- / / / / / / / / / / / / / / / /												
10- / / / / / / / / / / / / / / / /												
11- / / / / / / / / / / / / / / / /												
12- / / / / / / / / / / / / / / / /												
13- / / / / / / / / / / / / / / / /												
14- / / / / / / / / / / / / / / / /												
15- / / / / / / / / / / / / / / / /												

43-Data Previsão Término do Tratamento / / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 1 4 0 0	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	--------------------	---

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 18/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/06/20
---	---	---	---

Dr. Anderson C. Felício
Clínica Geral
CRD-SC 19.1341