

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



340583
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2017 12:00	4-Data de Autorização 13/01/07 12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7711236	7-Data Validade da Senha 14/01/2012 00
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa SAPORITI DO BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0002025056825000018503		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome GUILHERME VINICIUS KVET DA ROCHA		14-Telefone (11) 11111111	
15-Data Validade da Carteira 16/03/2002		16-Atendimento a RN ANDERSON COUTINHO FELICIO		17-Data Validade da Carteira 16/03/2002		18-Telefone (11) 11111111	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-UF SC		20-Código CBO S 14941		21-UF SC		22-Código CNES 14941		23-UF SC		24-UF SC		25-Código CNES 14941		26-UF SC		27-Código CBO S 14941		28-UF SC		29-Código CBO S 14941		30-UF SC		31-UF SC		32-UF SC		33-UF SC		34-UF SC		35-UF SC		36-UF SC		37-UF SC		38-UF SC		39-UF SC		40-UF SC		41-UF SC		42-UF SC		43-UF SC		44-UF SC		45-UF SC		46-UF SC		47-UF SC		48-UF SC		49-UF SC		50-UF SC		51-UF SC		52-UF SC		53-UF SC		54-UF SC		55-UF SC		56-UF SC		57-UF SC		58-UF SC		59-UF SC		60-UF SC		61-UF SC		62-UF SC		63-UF SC		64-UF SC		65-UF SC		66-UF SC		67-UF SC		68-UF SC		69-UF SC		70-UF SC		71-UF SC		72-UF SC		73-UF SC		74-UF SC		75-UF SC		76-UF SC		77-UF SC		78-UF SC		79-UF SC		80-UF SC		81-UF SC		82-UF SC		83-UF SC		84-UF SC		85-UF SC		86-UF SC		87-UF SC		88-UF SC		89-UF SC		90-UF SC		91-UF SC		92-UF SC		93-UF SC		94-UF SC		95-UF SC		96-UF SC		97-UF SC		98-UF SC		99-UF SC		100-UF SC	
---	--	-------------	--	--------------------------	--	-------------	--	-------------------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------------------	--	-------------	--	--------------------------	--	-------------	--	--------------------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	--------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
30-Tabela	31-Código do Procedimento								32-Descrição	33-Denti/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	0	8	4	0	0	1	9	8																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 111140,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	---	---	-------------------------------------	-----------------------------	--

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(ram) 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 13/01/07 12:00		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/07 12:00		52-Data, local e Assinatura da Empresa 13/01/07 12:00	
---------------	--	---	--	---	--	--	--

Kvet da Rocha