

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

500769  
**INTERCÂMBIO**

|                                                                 |                                                                  |                                       |                                                                 |                                              |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>16/10/2013 12:11                    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                 | 6-Número da Guia Principal<br>8392535                           | 7-Data Validade da Senha<br>14/10/2016 12:11 |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                    |                                                                  |                                       |                                                                 |                                              |
| 8-Número da Carteira<br>01020205056825000018503                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                   | 10-Empresa<br>SAPORITI DO BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / /                           | 12-Número do Cartão Nacional do Saúde        |
| 13-Nome<br>GUILHERME VINICIUS KVET DA ROCHA                     | 16/03/2002                                                       | 14-Telefone<br>( ) - - - - -          | 15-Nome do titular do plano<br>JOAO MARTINIANO FONSECA DA ROCHA |                                              |
| <b>Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento</b>          |                                                                  |                                       |                                                                 |                                              |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANDERSON COUTINHO FELICIO | 18-Número no CRO<br>14941             | 19-UF<br>SC                                                     | 20-Código CBO S                              |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>127713232818             | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANDERSON COUTINHO FELICIO    | 23-Número no CRO<br>14941             | 24-UF<br>SC                                                     | 25-Código CNES                               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANDERSON COUTINHO FELICIO |                                                                  | 27-Número no CRO<br>14941             | 28-UF<br>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 |
| 1-00084000198                                   | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HASE         | 1                                                                                  | 1       | 1      | 35,00                  | 0,00     | 0,00                            | S                      | 17/10/2013            |                                         | Guilherme     |
| 2-00084000198                                   | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HAIE         | 1                                                                                  | 1       | 1      | 35,00                  | 0,00     | 0,00                            | S                      | 17/10/2013            |                                         | Guilherme     |
| 3-00084000198                                   | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HAID         | 1                                                                                  | 1       | 1      | 35,00                  | 0,00     | 0,00                            | S                      | 17/10/2013            |                                         | Guilherme     |
| 4-00084000198                                   | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HASD         | 1                                                                                  | 1       | 1      | 35,00                  | 0,00     | 0,00                            | S                      | 17/10/2013            |                                         | Guilherme     |
| 5-00084000198                                   |                           |              |                                                                                    |         |        |                        |          |                                 |                        |                       |                                         |               |
| 6-00084000198                                   |                           |              |                                                                                    |         |        |                        |          |                                 |                        |                       |                                         |               |
| 7-00084000198                                   |                           |              |                                                                                    |         |        |                        |          |                                 |                        |                       |                                         |               |
| 8-00084000198                                   |                           |              |                                                                                    |         |        |                        |          |                                 |                        |                       |                                         |               |
| 9-00084000198                                   |                           |              |                                                                                    |         |        |                        |          |                                 |                        |                       |                                         |               |
| 10-00084000198                                  |                           |              |                                                                                    |         |        |                        |          |                                 |                        |                       |                                         |               |
| 11-00084000198                                  |                           |              |                                                                                    |         |        |                        |          |                                 |                        |                       |                                         |               |
| 12-00084000198                                  |                           |              |                                                                                    |         |        |                        |          |                                 |                        |                       |                                         |               |
| 13-00084000198                                  |                           |              |                                                                                    |         |        |                        |          |                                 |                        |                       |                                         |               |
| 14-00084000198                                  |                           |              |                                                                                    |         |        |                        |          |                                 |                        |                       |                                         |               |
| 15-00084000198                                  |                           |              |                                                                                    |         |        |                        |          |                                 |                        |                       |                                         |               |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento          |                           |              | 44-Tipo de Atendimento                                                             |         |        | 45-Tipo de Faturamento |          |                                 | 46-Total Quantidade US |                       | 47-Valor Total R\$                      |               |
| / /                                             |                           |              | 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |         |        | 1-1-Total 2-Parcial    |          |                                 | 140,00                 |                       | 0,00                                    |               |
|                                                 |                           |              |                                                                                    |         |        |                        |          |                                 |                        |                       | 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<br>13/10/2013 | 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>13/10/2013 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>13/10/2013 | 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>13/10/2013 |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|