



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1-Registro ANS	2046414
3-Data de Emissão da Guia	12/3/10 6/12 01
4-Data de Autorização	10/4/10 7/12 01
5-Senha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	7654883
7-Data Validade da Senha	12/1/10 9/12 01

328427

INTERCÂMBIO

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
---	--------------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------------------

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adendo a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	18-Número no CRO 14941	19-UF SC	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1277113232818		22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC
25-Código CBO S		26-Código CBO S		
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

[illegible]

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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	28000	0000	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

46-Observação				
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa	
17/10/2017	17/10/2017	17/10/2017	17/10/2017	