

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

326061
INTERCAMBIO7-Data Validade da Senna
11/06/2019 12:016-Número da Guia Principal
76448205-Senha
AUTORIZADO4-Data de Autorização
11/09/2016 12:013-Data de Emissão da Guia
11/08/2016 12:011-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202505682500001815011
10-Empresa
SAPORITI DO BRASIL LTDA
11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde13-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 Empresa21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1271713213281811
22-Nome do Contratado Executante
ANDERSON COUTINHO FELICIO
23-Número no CRO
14941
24-UF
SC
25-Código CNES26-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 Class 42-Assinatura
1-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	0	11/06/2019	
2-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00	0,00	0	11/06/2019	
3-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00	0,00	0	11/06/2019	
4-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00	0,00	0	11/06/2019	
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/11/11/11
44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial
11124400
46-Valor Total R\$
11110100
47-Valor Total R\$
11110100
48-Total Franquia / Co-participação R\$
11110100

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
10/06/2017 11:20
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/06/2017 11:20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/06/2017 11:20
53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/06/2017 11:20