

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



328423
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/13/10 6/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7654865	7-Data Validade da Senha 12/11/09 1/12/01
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101202510568250001185031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SAPORITI DO BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GUILHERME VINICIUS KVET DA ROCHA	16-Data de Nascimento 16/03/2002	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JOAO MARTINIANO FONSECA DA ROCHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	18-Número no CRO 14941	19-UF SC	20-Código CBO S	25-Código CNES	24-UF SC	23-Número no CRO 14941	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12771323281811	26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	27-Número no CRO 14941	28-UF SC	29-Código CBO S	25 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000421- (0) 81000421-
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	----------------	-------------	---------------------------	---	---	---	---------------------------	-------------	-----------------	---

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
1-01018110100421		RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	14,00	0,00		10/10/20		
2-01018110100421		RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	14,00	0,00		10/10/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 128,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 10/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/10/2010
---	---	---	---

Dr. Anderson C. Felício
Clínico Geral
CRP-SC 14.342