

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



326655  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                        |                                       |                                         |
|--------------------------|-----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/08/2016 | 5-Sineta<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7644917 | 7-Data Validade da Sineta<br>11/09/2017 |
|--------------------------|-----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                  |                                |                                       |                                          |                                       |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002020125056825010018503 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>SAPORITI DO BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                             |                              |                                                                 |
|---------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>GUILHERME VINICIUS KVET DA ROCHA | 14-Telefone<br>(11) 11111111 | 15-Nome do titular do plano<br>JOAO MARTINIANO FONSECA DA ROCHA |
|---------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                  |                           |             |                          |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------|
| 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<br>025 - |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------|

|                                                      |                                                               |                           |             |                                               |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>2771323281811 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANDERSON COUTINHO FELICIO | 23-Número no CRO<br>14941 | 24-UF<br>SC | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(0) 85100200 |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------------------------------|

|                                                                 |                           |             |                                 |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANDERSON COUTINHO FELICIO | 27-Número no CRO<br>14941 | 28-UF<br>SC | 29-Código CBO S<br>(0) 85100218 |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------------|

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 RS | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Class 42-Assinatura |
|---------------------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|--------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-0101815110011961  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 16           | O               | 1       | 6      | 1,00             | 0,00     | 0,00                           | 0      | 30/08/2016            | Guilherme                        |
| 2-0101815110011961  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 17           | O               | 1       | 6      | 1,00             | 0,00     | 0,00                           | 0      | 30/08/2016            | Guilherme                        |
| 3-0101815110011961  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 26           | O               | 1       | 6      | 1,00             | 0,00     | 0,00                           | 0      | 19/08/2016            | Guilherme                        |
| 4-0101815110011961  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 27           | O               | 1       | 6      | 1,00             | 0,00     | 0,00                           | 0      | 19/08/2016            | Guilherme                        |
| 5-0101815110011961  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 37           | O               | 1       | 6      | 1,00             | 0,00     | 0,00                           | 0      | 10/07/2016            | Guilherme                        |
| 6-0101815110011961  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 47           | O               | 1       | 6      | 1,00             | 0,00     | 0,00                           | 0      | 19/08/2016            | Guilherme                        |
| 7-010181511002000   | RESTAURAÇÃO RESINA        | 36           | OV              | 1       | 8      | 1,00             | 0,00     | 0,00                           | 0      | 10/07/2016            | Guilherme                        |
| 8-010181511002181   | RESTAURAÇÃO RESINA        | 46           | OVD             | 1       | 1      | 2,00             | 0,00     | 0,00                           | 0      | 19/08/2016            | Guilherme                        |
| 9-1111111111111111  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                                  |
| 10-1111111111111111 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                                  |
| 11-1111111111111111 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                                  |
| 12-1111111111111111 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                                  |
| 13-1111111111111111 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                                  |
| 14-1111111111111111 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                                  |
| 15-1111111111111111 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                                  |

|                                                    |                                                                                                              |                                               |                                    |                               |                                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>11576,00 | 47-Valor Total RS<br>11576,00 | 48-Total Franquia / Co-participação RS<br>11576,00 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|

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/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 Solitante<br>30/08/2016 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>30/08/2016 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>30/08/2016 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>30/08/2016 |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

Dr. Anderson L. Felicio  
Clínico Geral  
CRO-SC 22.043

Kvet da Rocha