

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



319551
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 16/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7608100	7-Data Validade da Senha 13/1/10 18/12/10
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 10/02/02 5056825050001815012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SAPORITI DO BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELENICE ANTONIA KVET DA ROCHA	08/08/1973	14-Telefone (111) 11111111	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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127171323281811	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES
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		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	010811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	3400								08/10/10	x Euf
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/1/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$	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 10/10/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/10
Dr. Anderson C. Felício Clínica Geral CRO-SC 14.941			