

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

404582
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7994432	7-Data Validade da Senha 24/10/2012
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0002025239237000381021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS ALBERTO REZENDE CORREIA				
14-Telefone () - / -				
15-Nome do titular do plano VILMA MARIA REZENDE CORREIA				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIMARA DOS SANTOS	18-Número no CRO 132199	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27847533871	22-Nome do Contratado Executante LUCIMARA DOS SANTOS	23-Número no CRO 132199	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIMARA DOS SANTOS	27-Número no CRO 132199	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase
1-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1
2-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1
3-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1
4-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00
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 27/11/2012 <i>Lucimara</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 27/11/2012 <i>Lucimara</i>	52-Data, local e Carimbo da Empresa 27/11/2012
---	---	---

Lucimara dos Santos
Cirurgiã Dentista
CRO - 132199
CPF: 278.475.338-71