

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

400768
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/10 10:20	4-Data da Autorização 12/11/10 10:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7978540	7-Data Validade da Senha 19/10/11 12:11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE	
8-Número da Carteira 0002020252392370000378011				11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CRISTIANI REZENDE RODAS		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano CRISTIANI REZENDE RODAS	
------------------------------------	--	------------------------------	--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 132199		18-UF SP	
16-Mendicamento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIMARA DOS SANTOS	20-Código CBO S	22-UF SP	24-UF SP	26-UF SP

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127847533871		22-Nome do Contratado Executante LUCIMARA DOS SANTOS		23-Número no CRO 132199	
28-Nome do Profissional Executante LUCIMARA DOS SANTOS		27-Número no CRO 132199		29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Qtd	34-Fazco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00	8510011918	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	6,1000	0,00	0,00		12/11/10	OK
2-00	8510011918	RESTAURAÇÃO RESINA	13	D	1	6,1000	0,00	0,00		12/11/10	OK
3-00	851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	12,2000	0,00	0,00		12/11/10	OK
4-00	8400011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,5000	0,00	0,00		12/11/10	OK
5-00	8400011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,5000	0,00	0,00		12/11/10	OK
6-00	8400011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,5000	0,00	0,00		12/11/10	OK
7-00	8400011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,5000	0,00	0,00		12/11/10	OK
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão 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 384,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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), 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 12/11/10 Lucimara dos Santos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/11/10 Lucimara dos Santos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/11/10 Lucimara dos Santos
---------------	---	---	---

Lucimara dos Santos
Cirurgia Dentista
CRO - 132199
CPF: 278.475.330-71