



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



311097
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2012	4-Data de Autorização 11/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7547376	7-Data Validade da Senha 04/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202523923700022501		9-Piano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira / /		14-Telefone (67) 33681248	
15-Nome ALEXSANDRO PEREIRA DE CARVALHO		20/08/1974		15-Nome do titular do plano ALEXSANDRO PEREIRA DE CARVALHO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 6497		18-UF MS		20-Código CBO S	
17-Nome do Profissional Solicitante ANA CARLA DA COSTA LIMA		23-Número no CRO 6497		24-UF MS		26-Código CNES	
21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 051183581940		22-Nome do Contratado Executante ANA CARLA DA COSTA LIMA		27-Número no CRO 6497		29-Código CBO S	
25-Nome do Profissional Executante ANA CARLA DA COSTA LIMA							

30-Tabella	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-Asinatura
1-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00		11/10/2012		
2-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00		11/10/2012		
3-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00		11/10/2012		
4-00	853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00		11/10/2012		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/05/2012	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 1144,00	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), 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 11/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2012
---------------	---	---	---	---