



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



339682
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2017 12:00	4-Data de Autorização 12/01/2017 12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7707110	7-Data Validade da Senha 13/11/2017 12:00
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Data de Emissão da Guia 15/10/2017 12:00		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano CECILIA DE SOUZA ROSA	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LUCIMARA DOS SANTOS		18-Número no CRO 132199	
19-Nome JOAO FLAUZINO ROSA		20-Data de Realização 06/06/1954		21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 1278471533871	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		22-Nome do Contratado Executante LUCIMARA DOS SANTOS		23-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
24-Código no Operadora / CNPJ / CPF 1278471533871		25-Número no CRO 132199		26-Código CBO S 132199	
27-Nome do Profissional Executante LUCIMARA DOS SANTOS		28-Número no CRO 132199		29-Código CBO S 132199	

Formulário de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data	
1-1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00		15/10/17	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/11/2017	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchising / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(ram) 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/2017 Joao Flauzino Rosa	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2017 Lucimara dos Santos	51-Data, local e Assinatura da Empresa 15/10/2017 Lucimara dos Santos
--	---	--

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