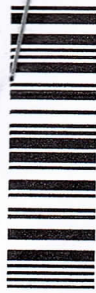


# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

451021  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/01 11/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8184153		7-Data Validade da Senha 11/11/04 11/12/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				10-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE				11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11			
8-Número da Carteira 000202523923700003115021				9-Plano POS REDE PRESTADORA				15-Nome do titular do plano ELIANE MENDES MATIAS SORRENTINO			
13-Nome LUCAS MENDES MATIAS SORRENTINO				09/08/1999				14-Telefone (11) 370917096			
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA				20-Código CBO S 025 -			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18857511601672				22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA				25-Código CNES 24111			
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA				27-Número no CRO 24111				28-UF RJ			
29-Código CBO S 24111				30-UF RJ				31-UF RJ			
32-UF RJ				33-UF RJ				34-UF RJ			
35-UF RJ				36-UF RJ				37-UF RJ			
38-UF RJ				39-UF RJ				40-UF RJ			
41-UF RJ				42-UF RJ				43-UF RJ			
44-UF RJ				45-UF RJ				46-UF RJ			
47-UF RJ				48-UF RJ				49-UF RJ			
50-UF RJ				51-UF RJ				52-UF RJ			
53-UF RJ				54-UF RJ				55-UF RJ			
56-UF RJ				57-UF RJ				58-UF RJ			
59-UF RJ				60-UF RJ				61-UF RJ			
62-UF RJ				63-UF RJ				64-UF RJ			
65-UF RJ				66-UF RJ				67-UF RJ			
68-UF RJ				69-UF RJ				70-UF RJ			
71-UF RJ				72-UF RJ				73-UF RJ			
74-UF RJ				75-UF RJ				76-UF RJ			
77-UF RJ				78-UF RJ				79-UF RJ			
80-UF RJ				81-UF RJ				82-UF RJ			
83-UF RJ				84-UF RJ				85-UF RJ			
86-UF RJ				87-UF RJ				88-UF RJ			
89-UF RJ				90-UF RJ				91-UF RJ			
92-UF RJ				93-UF RJ				94-UF RJ			
95-UF RJ				96-UF RJ				97-UF RJ			
98-UF RJ				99-UF RJ				100-UF RJ			

43-Data Provisão Término do Tratamento 22/11/01 11/12/11		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Valor Total R\$ 115330101		47-Valor Total R\$ 115330101		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 115330101	
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 22/11/01 11/12/11 Dr. Eduardo Rocha Pereira				51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/01 11/12/11 Dr. Eduardo Rocha Pereira				52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 22/11/01 11/12/11 Dr. Eduardo Rocha Pereira			