



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Isenção de IVA e IVA sobre

2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia [1 1 1 0 1 1 2 1]	4-Data de Autorização [2 9 1 0 1 1 2 1]	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8184153	7-Data Validação da Senha [1 1 1 0 4 1 2 1]					
B-Número da Carteira [0 0 2 0 1 2 5 2 3 9 2 3 7 0 0 0 3 1 5 0 2]										
13-Nome LUCAS MENDES MATIAS SORRENTINO	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE	11-Data Validação da Carteira [1 1 1 0 1 1 2 1]	12-Número do Cartão Nacional de Saúde [1 1 1 0 4 1 2 1]						
16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA	13-Nome do Titular do plano [8 8 5 7 5 1 6 0 6 7 2 1]	14-Telefone 09/08/1999 (1 _ _) 3 7 0 9 -7 0 9 6	15-Nome do titular do plano [ELIANANE MENDES MATIAS SORRENTINO]							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [162000000000000000000]	22-Nome do Contratado Executante [JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA]	18-Número no CRO 24111	19-UF RJ	20-Código CBO / S 025 - Fatura Empresa						
26-Nome do Profissional Executante [JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA]	23-Número no CRO 24111	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-46							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	27-Número no CRO 24111	28-UF RJ	29-Código CBO / S							
30-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição TRATAMENTO ENDODÔNTICO	33-Dentista/Região 46	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 5 3 3 0 0	37-Valor 0,100	38-Franquia/Co-participação R\$ [1 1 1 0 1 1 2 1]	39-Aut [1 1 1 0 1 1 2 1]	40-Data de Realização [1 1 1 0 1 1 2 1]	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura [1 1 1 0 1 1 2 1]
1-0 0 8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO									
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										
43-Data Previsão Termínio do Tratamento [2 2 1 2 2 1 2 1]	44-Tipo de Atendimento [1 1 1 0 1 1 2 1]	45-Tipo de Faturamento [1 1 1 0 1 1 2 1]	46-Totais Quantitativo US [5 3 3 1 0 0 0]	47-Valor Total R\$ [0 1 0 0 1 0 0 0]	48-Total Franquia / Co-participação R\$ [1 1 1 0 1 1 2 1]					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumpri-las, conforme acima apresentados, e por mim assinado(s), fui/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 previstos em contrato.										
49-Observações										
50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / Representante [Dr. Eduardo Pedroso Mendes Sorrentino]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista / Odontólogo / Dentista [Dr. Eduardo Pedroso Mendes Sorrentino]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / Representante [Dr. Cirurgião Odontológico Dr. Eduardo Pedroso Mendes Sorrentino]								