



301812
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/03/20	4-Data de Autorização 17/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7483924	7-Data Validade da Senha 14/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202523923700030901		13-Nome GILBERTO ALVES SANTANA 16/08/1963		14-Telefone () -	
		15-Nome do titular do plano GILBERTO ALVES SANTANA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARMEN REGINA MARINO GALLICCHIO	18-Número no CRO 15554	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 81243197749	22-Nome do Contratado Executante CARMEN REGINA MARINO GALLICCHIO	23-Número no CRO 15554	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARMEN REGINA MARINO GALLICCHIO		27-Número no CRO 15554	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	20/03/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	20/03/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	20/03/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	20/03/20		
5												
6												
7												
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 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/03/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/03/20

CENTRO DE SERV. ODONT. FOR DENT LTDA.
EPAO 1682