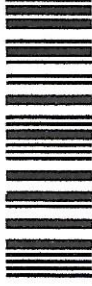




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



338048
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha
11/11/2012

6-Número da Guia Principal
7899616

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
15/07/2012

3-Data de Emissão da Guia
13/07/2012

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0102025239237000033001	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE	
11-Data Validade da Carteira	
12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome DAIANE DE SOUZA ROSA	
14-Telefone	
15-Data Validade da Carteira	
16-Nome do titular do plano DAIANE DE SOUZA ROSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIMARA DOS SANTOS
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 1278147533871	22-Nome do Contratado Executante LUCIMARA DOS SANTOS
26-Nome do Profissional Executante LUCIMARA DOS SANTOS	27-Número no CRO 132199
28-Data de Tratamento / Prescrição Solicitada	29-Código CBO 9 025 - Faturar Empresa Envlar - RX (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia
1-00018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18/10/2012	
2-00018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18/10/2012	
3-00018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18/10/2012	
4-00018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18/10/2012	
5-00018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18/10/2012	
6-00018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18/10/2012	
7-00018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18/10/2012	
8-00018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOL	1	122,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18/10/2012	
9-00018511000200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18/10/2012	
10-00018511000200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MO	1	88,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18/10/2012	
11-00018410000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18/10/2012	
12-00018410000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18/10/2012	
13-00018410000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18/10/2012	
14-00018410000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18/10/2012	
15-00018410000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18/10/2012	

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	865,00	0,00	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(fo)rem 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 18/10/2012, Lucimara dos Santos	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2012, DAIANE DE SOUZA ROSA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2012, DAIANE DE SOUZA ROSA	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2012, Lucimara dos Santos	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2012, Lucimara dos Santos
---------------	--	---	---	--	--

CPF: 278.475.330-71