



575067  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/06/21	4-Data de Autorização 22/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8667016	7-Data Validade da Senha 05/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202523923700043001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCISCO TEODORO NETO	20/06/2016	14-Telefone (_) -_-_-_-_-	15-Nome do titular do plano FRANCISCO TEODORO NETO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA LISO VALERETTO	18-Número no CRO 131993	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35437726864	22-Nome do Contratado Executante CAROLINA LISO VALERETTO	23-Número no CRO 131993	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CAROLINA LISO VALERETTO		27-Número no CRO 131993	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -  
Faturar Empresa

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-	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	54		1	49,00	0,00		S	/		
2-	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	55		1	49,00	0,00		S	/		
3-	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	64		1	49,00	0,00		S	/		
4-	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	65		1	49,00	0,00		S	/		
5-	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	74		1	49,00	0,00		S	/		
6-	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	75		1	49,00	0,00		S	/		
7-	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	84		1	49,00	0,00		S	/		
8-	00840000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	85		1	49,00	0,00		S	/		
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 392,00	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 _/_/__/__/_/	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _/_/__/__/_/	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/__/__/_/
---	---	---	---