



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

346365
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 7/12/01	4-Data de Autorização 11/01/08 1/2/01	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 773855	7-Data Validade da Serinha 12/5/11 01/2/01
--------------------------	--	--	-------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Identificação	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 0 5 1 3 6 0 0 0 0 0 1 0 2		11-Data Validade da Carteira ____/____/____	
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCAS HENRIQUE DOS SANTOS	()	LEONICE DOS SANTOS
03/11/2006		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
15-Atendimentos a RN	17-Nome do Profissional Solicitante
N	ALEXANDRE MARIA DO VALLE
18-Número no CRO	19-UF
12061	SC
20-Código CBO S	
025 -	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04975694930	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MARIA DO VALLE	23-Número no CRO 12061	24-UF SC	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MARIA DO VALLE	27-Número no CRO 12061	28-UF SC	29-Código CBO S
---	----------------------------------	--------------------	-----------------

		33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição							

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Dedaro, 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 contratado. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em nome e por minha conta, ao profissional contratado, o valor em dinheiro ou em espécie, devido pelo presente contrato.

☐ 1- Tratamento Odontológico ☐ 2- Exame Radiológico ☐ 3- Urologia ☐ 4- Urgência/emergência

☐ 1- Total ☐ 2- Parcial

48-Observação	referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.
---------------	---

5º-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	5º-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	5º-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	5º-Data, local e Carimbo da Empresa
		Dr. Alexandre Do Valle	

11/11/11	31/08/20	france	31/08/20	31/08/20
----------	----------	--------	----------	----------

The image contains two hand-drawn diagrams. The top diagram is a circle with a small dot at its center. The bottom diagram is a semi-circle with an arrow pointing from the right endpoint of the flat base to the left endpoint, indicating a path or direction.