



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

314914
INTERCÂMBIO

gru ANS 414	3-Dia de Emissão de Guia 1 9 / 0 5 / 2 0	4-Dia de Autorização 1 9 / 0 5 / 2 0	5-Santa AUTORIZADO	9-Número da Guia Principal 7573522	7-Dia Validade de Seria 1 7 / 0 8 / 2 0
----------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

to Beneficiaries

10- Empresa	11- Data Validação da Carteira	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
-------------	--------------------------------	--

18 VERTON TONNETTO

ERTON TONIELLO
17/04/1992

So Controlado Responsável pelo Tratamento

17 Nome do Profissional Solicitante

AND A COLLEGE

LUCINDO ANGELO FALUDDO

18 0 1 2 6 0 1 5 0 1 5 3 1 1 1

Revista do Profissional Exatista

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

WINDO ANGELO FALUDO

Tratamiento / Procedimientos Escitados

31 - Qtd. de 60 Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente Resilio	34 - Face	35 - Qtd.	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Empresa Contratadora R\$	39 - Anl.	40 - Data de Realização	41 - Motivo de Gota 42 - Atribuição
------------------------------	----------------	--------------------	-----------	-----------	--------------------	------------	-------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------------------------

[illegible][illegible][illegible]

to, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, acolto e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em todo o tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Declaro, ainda que o(a) 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 meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores das sessões de tratamento realizadas, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

1000

81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	82-Data, local e Assinatura do Beneficiário: Razoável	83-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	-------------------------------------

Sy-Data, local e Carimbo da Empresa

Sy-Data, local e Carimbo da Empresa