



cond.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



482184
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10	4-Data de Autorização 12/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8347498	7-Data Validade da Série 12/12/10
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Nome do Beneficiário PAULA ALBINO PERETTA PEREIRA	9-Data de Nascimento 07/03/1982	10-Endereço POS REDE PRESTADORA	11-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade da Carteira 12/12/10	13-Número da Carteira Nacional de Saúde 12/12/10
--	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	---

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

14-Endereço PAULO AVILA DE OLIVEIRA	15-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	16-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	17-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	18-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	19-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA
20-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	21-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	22-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	23-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	24-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	25-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA
26-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	27-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	28-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	29-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	30-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	31-Endereço JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

20-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glaxo	42-Assinatura
1-0	0	8 6 0 0 0 0 9 8	AS	1	1	7 2 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
2-0	0	8 6 0 0 0 0 9 8	AI	1	1	7 2 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Abandono	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Faturamento

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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (foram realizados) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinaturas

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável