



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

241



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão do Guia 26/11/2012	3-Serção AUTORIZADO	4-Aluno da Guia Principal 8093001	5-Data Válida do Guia 24/10/2012
--------------------------	---	------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

428537
INTERCÂMBIO

6-Endereço do Beneficiário 10020253169320000001001031	7-Endereço do Centro POS REDE PRESTADORA	8-Endereço do Centro DENTAL UNI COOPERATIVA	9-Endereço do Centro MÁRIA DA PAIXÃO QUARESMA DOS SANTOS
--	---	--	---

10-Nome NICOLE RAFAELA QUARESMA DOS SANTOS	11-Data de Nascimento 19/04/2005	12-Endereço do Centro DENTAL UNI COOPERATIVA	13-Endereço do Centro MÁRIA DA PAIXÃO QUARESMA DOS SANTOS
---	-------------------------------------	---	--

14-Endereço do Centro N	15-Endereço do Centro THIAGO MALBAR MOSCON	16-Endereço do Centro 8005	17-Endereço do Centro 8005
----------------------------	---	-------------------------------	-------------------------------

18-Endereço do Centro 10812716118571381111	19-Endereço do Centro THIAGO MALBAR MOSCON	20-Endereço do Centro 8005	21-Endereço do Centro 8005
---	---	-------------------------------	-------------------------------

22-Endereço do Centro THIAGO MALBAR MOSCON	23-Endereço do Centro 8005	24-Endereço do Centro 8005	25-Endereço do Centro 8005
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

26-Endereço do Centro THIAGO MALBAR MOSCON	27-Endereço do Centro 8005	28-Endereço do Centro 8005	29-Endereço do Centro 8005
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

30-Endereço do Centro THIAGO MALBAR MOSCON	31-Endereço do Centro 8005	32-Endereço do Centro 8005	33-Endereço do Centro 8005
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

34-Endereço do Centro THIAGO MALBAR MOSCON	35-Endereço do Centro 8005	36-Endereço do Centro 8005	37-Endereço do Centro 8005
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

38-Endereço do Centro THIAGO MALBAR MOSCON	39-Endereço do Centro 8005	40-Endereço do Centro 8005	41-Endereço do Centro 8005
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

42-Endereço do Centro THIAGO MALBAR MOSCON	43-Endereço do Centro 8005	44-Endereço do Centro 8005	45-Endereço do Centro 8005
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

46-Endereço do Centro THIAGO MALBAR MOSCON	47-Endereço do Centro 8005	48-Endereço do Centro 8005	49-Endereço do Centro 8005
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

50-Endereço do Centro THIAGO MALBAR MOSCON	51-Endereço do Centro 8005	52-Endereço do Centro 8005	53-Endereço do Centro 8005
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

54-Endereço do Centro THIAGO MALBAR MOSCON	55-Endereço do Centro 8005	56-Endereço do Centro 8005	57-Endereço do Centro 8005
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

58-Endereço do Centro THIAGO MALBAR MOSCON	59-Endereço do Centro 8005	60-Endereço do Centro 8005	61-Endereço do Centro 8005
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

62-Endereço do Centro THIAGO MALBAR MOSCON	63-Endereço do Centro 8005	64-Endereço do Centro 8005	65-Endereço do Centro 8005
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

66-Endereço do Centro THIAGO MALBAR MOSCON	67-Endereço do Centro 8005	68-Endereço do Centro 8005	69-Endereço do Centro 8005
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, compreendendo a execução de tratamento, compreendendo a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que (s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), totalizam o valor de R\$ 30.411,20. De acordo com o profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente: *[assinatura]* Assinatura do Profissional: *[assinatura]*