

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º ANO



346666
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/17/10 17/12/10	4-Data de Autorização 12/18/10 17/12/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7739788	7-Código Validade da Guia 12/15/11 10/12/10
8-Data de Benefício	9-Data de Autuação	10-Data de Autuação	11-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10	12-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10	13-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10
14-Data de Benefício	15-Data de Autuação	16-Data de Autuação	17-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10	18-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10	19-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10
20-Data de Benefício	21-Data de Autuação	22-Data de Autuação	23-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10	24-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10	25-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10

26-Data de Benefício	27-Data de Autuação	28-Data de Autuação	29-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10	30-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10	31-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10
32-Data de Benefício	33-Data de Autuação	34-Data de Autuação	35-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10	36-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10	37-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10
38-Data de Benefício	39-Data de Autuação	40-Data de Autuação	41-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10	42-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10	43-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10
44-Data de Benefício	45-Data de Autuação	46-Data de Autuação	47-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10	48-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10	49-Data Validade da Carteira 12/15/11 10/12/10

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regido	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia-Coparticipação R\$	39-Auf	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	17	MOD	1	1 2 2 10 0	0,00	0,00	12/15/11 10/12/10	28	10/12/10
2-0	0	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	16	MOD	1	1 2 2 10 0	0,00	0,00	12/15/11 10/12/10	28	10/12/10
3-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MOD	1	1 2 2 10 0	0,00	0,00	12/15/11 10/12/10	28	10/12/10
4-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	13	MOD	1	1 2 2 10 0	0,00	0,00	12/15/11 10/12/10	28	10/12/10
5-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MOD	1	1 2 2 10 0	0,00	0,00	12/15/11 10/12/10	28	10/12/10
6-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MOD	1	1 2 2 10 0	0,00	0,00	12/15/11 10/12/10	28	10/12/10
7-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MOD	1	1 2 2 10 0	0,00	0,00	12/15/11 10/12/10	28	10/12/10
8-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MOD	1	1 2 2 10 0	0,00	0,00	12/15/11 10/12/10	28	10/12/10
9-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MOD	1	1 2 2 10 0	0,00	0,00	12/15/11 10/12/10	28	10/12/10
10-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	1 2 2 10 0	0,00	0,00	12/15/11 10/12/10	28	10/12/10
11-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOD	1	1 2 2 10 0	0,00	0,00	12/15/11 10/12/10	28	10/12/10
12-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	48	MOD	1	1 2 2 10 0	0,00	0,00	12/15/11 10/12/10	28	10/12/10
13-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	48	MOD	1	1 2 2 10 0	0,00	0,00	12/15/11 10/12/10	28	10/12/10
14-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	48	MOD	1	1 2 2 10 0	0,00	0,00	12/15/11 10/12/10	28	10/12/10
15-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	48	MOD	1	1 2 2 10 0	0,00	0,00	12/15/11 10/12/10	28	10/12/10

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Atendimento	46-Tipo de Atendimento	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$	51-Valor Total R\$	52-Valor Total R\$	53-Valor Total R\$	54-Valor Total R\$	55-Valor Total R\$
12/15/11 10/12/10	1-1	2-2	3-3	1 2 7 4 10 0	1 2 7 4 10 0	1 2 7 4 10 0	1 2 7 4 10 0	1 2 7 4 10 0	1 2 7 4 10 0	1 2 7 4 10 0	1 2 7 4 10 0	1 2 7 4 10 0

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

Assinatura do Beneficiário: *[Assinatura]* Assinatura do Profissional Assistente: *[Assinatura]* Assinatura da Operadora: *[Assinatura]*

Assinatura do Profissional Assistente: *[Assinatura]* Assinatura da Operadora: *[Assinatura]* Assinatura do Beneficiário: *[Assinatura]*

Assinatura do Beneficiário: *[Assinatura]* Assinatura do Profissional Assistente: *[Assinatura]* Assinatura da Operadora: *[Assinatura]*

Assinatura do Profissional Assistente: *[Assinatura]* Assinatura da Operadora: *[Assinatura]* Assinatura do Beneficiário: *[Assinatura]*

Assinatura do Beneficiário: *[Assinatura]* Assinatura do Profissional Assistente: *[Assinatura]* Assinatura da Operadora: *[Assinatura]*

Assinatura do Profissional Assistente: *[Assinatura]* Assinatura da Operadora: *[Assinatura]* Assinatura do Beneficiário: *[Assinatura]*