



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



436937
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	2-Dia de Emissão da Guia 01/08/11 12:12:01	3-Dia de Autorização 21/11/10 11:21:11	4-Sistema AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8128216	6-Dia Validade da Guia 01/08/10 31/12/11
Dados do Beneficiário			7-Dia Validade da Guia 01/08/10 31/12/11		
8-Número da Carteira 010102102153121318151010101011011			9-Polpo POS REDE PRESTADORA		
13-Nome THAINA TAVERNARI			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
14-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 21/02/1994			11-Dia Validade da Carteira 01/01/11/11		
16-Atendimento a 1º N FERNANDO THOMAS CAMARGO			12-Número da Carteira THAINA TAVERNARI		
17-Nome do Profissional Societário FERNANDO THOMAS CAMARGO			13-Nome do Profissional Societário THAINA TAVERNARI		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1314151811141815181217			22-Número do Contrato Executante 109738		
26-Nome do Profissional Executante FERNANDO THOMAS CAMARGO			27-Número no CBO 109738		
28-Nome do Profissional Societário FERNANDO THOMAS CAMARGO			29-Código CBO 8 SP		
30-Tabela			31-Código do Procedimento		
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA			33-Quantidade US 34		
35-Valor 0,00			36-Franchise/Co-participação R\$ 0,00		
37-Aut 0,00			38-Data de Realização 01/08/11		
39-Data de Realização 01/08/11			40-Data de Realização 01/08/11		
41-Motivo da Ocorrência 01/08/11			42-Autorização 01/08/11		
43-Data Previsto Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento		
45-Tipo de Atendimento			46-Tipo de Atendimento		
47-Valor Total R\$ 0,00			48-Total Franchise / Co-participação R\$ 0,00		

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

49-Operação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Associado 11/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2011
---	---	---	---