

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

N-7

391038
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/6/11 10/12/10	4-Data de Autorização 10/8/11 10/12/10	5-Serina CONCLUIDO	6-Número da Guia Principal 7938727	7-Data Vencível da Serina 10/4/11 10/12/11
------------------------	---	---	------------------------------	---------------------------------------	---

Número da Carteira	8	0	0	2	0	2	5	0	7	5	7	4	7	0	0	0	5	1	0	1
Plano	POS REDE PRESTADORA																			
Empresa	UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR																			
Cidade Validade da Carteira																				
Endereço da Carteira																				

13- Nome	DANIELE CAMILLO
14- Telefone	23/06/1991
15- Nome do titular do plano	DANIELE CAMILLO

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento	
16-Matrimónio a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA
18-Número do CRO 30197	19-UF PR
20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa

22-Código na Divisão / CNPJ / CPF	06540136919
22-Nome do Candidato Eleitorante	BARBARA STACHERA
23-Número do CRO	30197
24-UF	PR
25-Código CNES	
26-Código CRO S	

26-Nome do Profissional Exclante	27-Numero do CNU	28-Data de Emissão	29-Data de Validade
BARBARA STACHERA	30197	PR	

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteReplido	34-Fraco	35-Clm	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia-Cor-participação R\$	39-Aut	40-Dat
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	----------	--------	------------------	----------	----------------------------------	--------	--------

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

43 Data Previsto Término do Tratamento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
44 Tipo de Abandono	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
45 Tipo de Faltamento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
46 Total Cartões US	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
47 Valor Total R\$	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e benefícios de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável pelo tratamento, bem como a não interromper o tratamento antes de ser solicitado pelo profissional responsável pelo tratamento. Deixo, ainda, expressa a minha vontade de não interromper o tratamento antes de ser solicitado pelo profissional responsável pelo tratamento. Autorizo a Questadora a buscar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável pelo tratamento, a obtenção de todos os materiais necessários para a realização do tratamento, bem como a contratação de todos os serviços necessários para a realização do tratamento, bem como a contratação de todos os serviços necessários para a realização do tratamento.

Observação: O valor apresentado refere-se ao valor médio e não ao valor máximo. O valor máximo é o valor máximo que pode ser alcançado com o uso de todos os recursos disponíveis.

[illegible]