



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



514542
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414	2-Dia de Emissão da Guia 05/10/14	3-Dia de Autorização 05/10/14	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Precipal 8447767	6-Dia Válida da Guia 04/11/14
--------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	----------------------------------

Dados do Beneficiário

7-Nome do Beneficiário MARCIA PARRA CLETO	8-Data de Nascimento 03/10/1967	9-Data de Emissão da Guia 05/10/14	10-Data de Autorização 05/10/14	11-Data Válida da Guia 04/11/14	12-Data de Realização 05/10/14
--	------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Atendimento e FN N	14-Nome do Profissional Solicitante LARA SILVA MILANEZ	15-Data de Emissão da Guia 05/10/14	16-Data de Autorização 05/10/14	17-Data Válida da Guia 04/11/14	18-Data de Realização 05/10/14
19-Código de Origem / CNPJ / CPF 13.916.164.161.8510	20-Nome do Contratado Encarregado LARA SILVA MILANEZ	21-Data de Emissão da Guia 05/10/14	22-Data de Autorização 05/10/14	23-Data Válida da Guia 04/11/14	24-Data de Realização 05/10/14
25-Nome do Profissional Encarregado LARA SILVA MILANEZ	26-Data de Emissão da Guia 05/10/14	27-Data de Autorização 05/10/14	28-Data Válida da Guia 04/11/14	29-Data de Realização 05/10/14	30-Data de Realização 05/10/14

Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Quantidade	35-Valor	36-Franchising / Coparticipação	37-Valor	38-Franchising / Coparticipação	39-Valor	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	010	8511001196	36	V	11000	01000	11000	01000	05/10/14	01000	05/10/14
2	010	8511001196	35	V	11000	01000	11000	01000	05/10/14	01000	05/10/14
3	010	8511001196	34	V	11000	01000	11000	01000	05/10/14	01000	05/10/14
4	010	8511001196	41	V	11000	01000	11000	01000	05/10/14	01000	05/10/14
5	010	8511001196	46	V	11000	01000	11000	01000	05/10/14	01000	05/10/14
6	010	8511001196									
7	010	8511001196									
8	010	8511001196									
9	010	8511001196									
10	010	8511001196									
11	010	8511001196									
12	010	8511001196									
13	010	8511001196									
14	010	8511001196									
15	010	8511001196									

43-Data Prevista Término do Tratamento 05/10/14	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Ciil 2-Parcial	46-Total Quantidade US 31051010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franchising / Coparticipação R\$ 101010
--	--	--	------------------------------------	------------------------------	---

Declaramos, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaramos ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), justificam 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 05/10/14	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 05/10/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/14	53-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado 05/10/14	54-Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado 05/10/14
---	---	---	---	---