

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2417



Indicador ANE	30 de Ensino da Guia	Idade do Autismo	5-Semana	Idade da Guia Principal	7-Dia Validez da Guia
406414	0 4 // 1 2 // 2 5	1 1 // 1 1 // 1 1		14692593	0 2 // 0 2 // 2 6

2568445
INTERCÂMBIO

6-Número da Carteira

0	0	2	0	2	5	1	1	5	7	9	6	5	0	0	0	0	4	6	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

9.º plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
SCHULZ COMPRESSORES LTDA

11-Dalla Valsade da Carreira
12-Número do Cartão Nacional

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
700004694341205

ANTONIO CARLOS RABELLO JUNIOR

15/07/1980

14-Telefono
(47) 9935-4990

15-Nome do titular do plano
ANTONIO CARLOS RABELLO JUNIOR

Dados do Conselho Responsável pelo Tratamento

16-Mercúrio e RN
N

17-Átomo do Profissional Solicitado
MARIA THAINARA ALVES DA SILVA

18-Número no CRO
2456319-UF
SC20-Cdd go CBO S

Faturar Empresa

21-Código do Operador / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Exorçutante
PROSPERA ODONTOLOGIA E SAUDE LTDA

23-Número no CRC
2456324-0
S025-Cdd go CNE
99999999

MARIA THAINARA ALVES DA SILVA

27-Numero no CRO
24563SC29-Cod go CBO S

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Ocorrência	34- Fase	35- CM	36- Quantidade US	37- Valor	38- Freqüência Co-Participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Médico da Clínica	42- Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	09/12/25		28
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	09/12/25		28
3- 1												
4- 1												
5- 1												
6- 1												
7- 1												
8- 1												
9- 1												
10- 1												
11- 1												
12- 1												
13- 1												
14- 1												
15- 1												

43- Data Prevista Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Freqüência Co-Participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), autorizam a realização do tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observe a)

50-D-07a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Delta, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dati, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

SS-Dati, local e Cambio da Empresa

Dra. Maria Thainara Alves
Cirurgia-Dentista
CRO/SC 24563