

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

A1-2

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 10/2/11 01:210	3-Data de Auto-cancelamento 10/5/11 01:210	4-Serina AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7928217	6-Data Validação de Serina 13/11/12 12:10	388525
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	--	--------

[illegible]

13-Nome	JULIA GOMES ROCHA
14-Telefonia	07/04/2014
15-Dome do titular do plano	WELLINGTON VICENTE ROCHA

Dados do Contato: Responsável pelo Tratamento	
16. Atendimento a RN	N
17. Nome do Profissional Solicitante	
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	
18. Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento	
19. UF	
MG	
20. Código CBO S	
21. CBO S	
22. CBO S	
23. CBO S	
24. CBO S	
25. CBO S	
26. CBO S	
27. CBO S	
28. CBO S	
29. CBO S	
30. CBO S	
31. CBO S	
32. CBO S	
33. CBO S	
34. CBO S	
35. CBO S	
36. CBO S	
37. CBO S	
38. CBO S	
39. CBO S	
40. CBO S	
41. CBO S	
42. CBO S	
43. CBO S	
44. CBO S	
45. CBO S	
46. CBO S	
47. CBO S	
48. CBO S	
49. CBO S	
50. CBO S	
51. CBO S	
52. CBO S	
53. CBO S	
54. CBO S	
55. CBO S	
56. CBO S	
57. CBO S	
58. CBO S	
59. CBO S	
60. CBO S	
61. CBO S	
62. CBO S	
63. CBO S	
64. CBO S	
65. CBO S	
66. CBO S	
67. CBO S	
68. CBO S	
69. CBO S	
70. CBO S	
71. CBO S	
72. CBO S	
73. CBO S	
74. CBO S	
75. CBO S	
76. CBO S	
77. CBO S	
78. CBO S	
79. CBO S	
80. CBO S	
81. CBO S	
82. CBO S	
83. CBO S	
84. CBO S	
85. CBO S	
86. CBO S	
87. CBO S	
88. CBO S	
89. CBO S	
90. CBO S	
91. CBO S	
92. CBO S	
93. CBO S	
94. CBO S	
95. CBO S	
96. CBO S	
97. CBO S	
98. CBO S	
99. CBO S	
100. CBO S	
101. CBO S	
102. CBO S	
103. CBO S	
104. CBO S	
105. CBO S	
106. CBO S	
107. CBO S	
108. CBO S	
109. CBO S	
110. CBO S	
111. CBO S	
112. CBO S	
113. CBO S	
114. CBO S	
115. CBO S	
116. CBO S	
117. CBO S	
118. CBO S	
119. CBO S	
120. CBO S	
121. CBO S	
122. CBO S	
123. CBO S	
124. CBO S	
125. CBO S	
126. CBO S	
127. CBO S	
128. CBO S	
129. CBO S	
130. CBO S	
131. CBO S	
132. CBO S	
133. CBO S	
134. CBO S	
135. CBO S	
136. CBO S	
137. CBO S	
138. CBO S	
139. CBO S	
140. CBO S	
141. CBO S	
142. CBO S	
143. CBO S	
144. CBO S	
145. CBO S	
146. CBO S	
147. CBO S	
148. CBO S	
149. CBO S	
150. CBO S	
151. CBO S	
152. CBO S	
153. CBO S	
154. CBO S	
155. CBO S	
156. CBO S	
157. CBO S	
158. CBO S	
159. CBO S	
160. CBO S	
161. CBO S	
162. CBO S	
163. CBO S	
164. CBO S	
165. CBO S	
166. CBO S	
167. CBO S	
168. CBO S	
169. CBO S	
170. CBO S	
171. CBO S	
172. CBO S	
173. CBO S	
174. CBO S	
175. CBO S	
176. CBO S	
177. CBO S	
178. CBO S	
179. CBO S	
180. CBO S	
181. CBO S	
182. CBO S	
183. CBO S	
184. CBO S	
185. CBO S	
186. CBO S	
187. CBO S	
188. CBO S	
189. CBO S	
190. CBO S	
191. CBO S	
192. CBO S	
193. CBO S	

21-Código na Operação / CNPJ / CPF	0	6	3	1	2	4	6	8	6	0	7						
22-Nome do Contratado Exatidão	ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS																
23-Rua e nº no OFC	39372																
24-JF	WG																
25-Código CNES																	
26-Nome do Profissional Exatidão																	
27-Nº de O. CO																	
28-JF																	
29-Código CPCS																	

[illegible][illegible][illegible]

7.  7

8.  8

9.  $\begin{matrix} \text{Column 1} & \text{Column 2} & \text{Column 3} & \text{Column 4} & \text{Column 5} & \text{Column 6} & \text{Column 7} & \text{Column 8} & \text{Column 9} & \text{Column 10} \\ \text{Row 1} & \text{Row 2} & \text{Row 3} & \text{Row 4} & \text{Row 5} & \text{Row 6} & \text{Row 7} & \text{Row 8} & \text{Row 9} & \text{Row 10} \end{matrix}$

10.  $\begin{matrix} \text{Column 1} & \text{Column 2} & \text{Column 3} & \text{Column 4} & \text{Column 5} & \text{Column 6} & \text{Column 7} & \text{Column 8} & \text{Column 9} & \text{Column 10} \\ \text{Row 1} & \text{Row 2} & \text{Row 3} & \text{Row 4} & \text{Row 5} & \text{Row 6} & \text{Row 7} & \text{Row 8} & \text{Row 9} & \text{Row 10} \end{matrix}$

11

12

13

14

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, Assinto a tutorio e execução do tratamento, compreendendo-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, a partir desta assinatura(s) do/da paciente(s) com meu consentimento e de minha assinatura. Autorizo a Coprad via a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores devidos ao tratamento por(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a partir desta assinatura(s) do/da paciente(s) e minha assinatura(s).

50-Data, local e Assinatura do Círculo-Dentista Solidário: 05/11/2010 Ac

51-Data, local e Assinatura do Círculo-Dentista: 05/11/2010 Ac

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 05/11/2010 /

53-Data, local e Caimo da Empresa: 11/11/11

Ordem nº 39372

CRO-MG 39372

Dr. McWilliamson Vicente Roa Cha -

Dr. Wellington Vicente Rocha -