

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

244



1-Registro AHS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/6/11 11/2/0	4-Dia de Autorização 12/0/11 11/2/0	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8056719	7-Dia Vencida da Série 11/4/10 12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

419787
INTERCÂMBIO

1- Número de Carteira 10101210121513131518141010101011011	9- Número POS REDE PRESTADORA	11- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
13- Nome PAULO MARCELO BARBOSA DE CASTRO ALMEIDA	09/05/1974	14- Telefone () () () () () () () () () ()	15- Data validade da Carteira / / / / / / / / / /
16- Nome do titular do plano PAULO MARCELO BARBOSA DE CASTRO ALMEIDA			

[illegible]

Formulário de Registro de Procedimentos Odontológicos												
1-Data	2-Nome do Paciente	3-Idade	4-Sexo	5-Profissão	6-Endereço	7-Cidade	8-Estado	9-Cep	10-Telefone	11-Data de Nascimento	12-Data de Registro	13-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
3-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
4-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
5-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
6-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
7-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
8-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
9-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
10-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
11-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
12-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
13-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
14-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
15-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
16-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
17-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
18-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
19-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
20-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
21-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
22-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
23-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
24-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
25-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
26-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
27-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
28-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
29-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
30-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
31-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
32-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
33-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
34-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
35-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
36-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
37-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
38-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
39-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
40-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
41-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
42-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
43-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
44-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
45-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
46-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
47-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
48-0	0	8										

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apreendido, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Deixado, ainda que eu(s) procedeu(m) desistido(s) do/foram 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

Dr. Elton N. Cruz
Cirurgião Oftalmologista
CRM 50.333.352

51-Data local e Assinatura do Gerente-Diretor	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
26/11/2016	26/11/2016	
[Assinatura]	[Assinatura]	[Carimbo]