

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

1. Beneficiário: 406414

2. Data de Emissão da Guia: 10/08/2012

3. Data de Autorização: 10/08/2012

4. Isenção: AUTORIZADO

5. Número de Guia Principal: 8277241

6. Data Vencimento da Guia: 10/08/2015

7. Valor: 471764

8. INTERCÂMBIO

[illegible]

16-Identificação a CN	17-Atividade Profissional Solicitante	18-Atividade no CBO	19-UF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
N	SK IMAGENS ODONTOLOGICAS	37075	RJ	09	
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contribuinte Emporador	23-Matriz no CBO	24-UF	25-Código CUES
1112224919179723		GABRIEL ABDALA DE OLIVEIRA	37075	RJ	
26-Nome do Prestador Executor		27-Matriz no CBO	28-UF	29-Código CBO S	
GABRIEL ABDALA DE OLIVEIRA		37075	RJ		
Pessoa de 7ª Idade: 1 - Encargado de Saúde					

06-Total	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dentes Regidos	34-Faixa	35-CDU	36-Quantidade US	37-Valeio	38-Faixa Co-participação R\$	39-Aux	40-Dia do Realizado	41-Moeda da Classe 42-Assinatura
1-0 0 8 1 0 0 0 4 0 5		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	17 8 0 0		10 0 0		S 0 8 0 24 A	XE
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Obras Prescritas Termino do Tratamento
☐ 1-Tratamento Odonológico 2-Exame Radiológico 3-Odontofilia 4-Urgência/Emergência

44-Tipo de Atendimento
☐ 1-Total 2-Parcial

45-Total Quantitativo US
7|8|0|0|

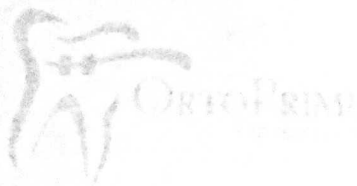
46-Valor Total R\$
0|0|0|0|

47-Total Faixas Co-participação R\$

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-se a sacar com os custos conforme previsto em contrato. Declaro, que após ser sido devidamente esmerilhado o propulsor, flocos, cascos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assinante e arcar com as demais despesas decorrentes do(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a partir daqui assinando, seguindo 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 V

444 - Desmembrado	51 - Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52 - Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2011 AB	53 - Data local e Assinatura do Biomédico / Responsável 08/11/2011 TS	54 - Data local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--------------------------	---	---	--	---





Nome: Estevão Teodoro dos Santos de Freitas

Solicito rx panorâmico para avaliação de elementos inclusos + rx periapical dos elementos 54,64,85,75,51 e 61 para avaliação de lesões cariosas .

Dr. Estevão Teodoro dos Santos de Freitas
CRM 34568

08/02/21