



27
Leitão & Gomes Ltda
36.006.084/0001-18



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2. No

384411 INTERCÂMBIO		7-Data Validade da Sentença 12/7/11 12/12/01		6-Número da Guia Principal 7911C04		5-Semeta AUTORIZADO		4-Data de Autorização 01/21/11 10/12/01		3-Data de Emissão da Guia 12/8/10 9/1/20		2-Idade do Beneficiário 00/02/02 05/31/63 16/32/80 01/01/01 01/01/01		1-Data de Nascimento 00/02/02 05/31/63 16/32/80 01/01/01 01/01/01	
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA												11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde ELIENE PEREIRA DOS SANTOS	
13-Nome ELIENE PEREIRA DOS SANTOS												14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano ELIENE PEREIRA DOS SANTOS	
16-Número no CRO 1153												17-UF TO		18-Código CBO S (25 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-	
19-Número no CRO 1153												20-UF TO		21-Código CBO S	
22-Nome do Contratado Executante JULIANA LEITAO GOMES SA												23-UF TO		24-Código CBO S	
25-Nome do Profissional Executante JULIANA LEITAO GOMES SA												26-UF TO		27-Código CBO S	
28-Nome do Profissional Executante JULIANA LEITAO GOMES SA												29-UF TO		30-Código CBO S	
31-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												32-Data de Realização		33-Data de Realização	
34-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												35-Data de Realização		36-Data de Realização	
37-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												38-Data de Realização		39-Data de Realização	
38-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												39-Data de Realização		40-Data de Realização	
39-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												40-Data de Realização		41-Data de Realização	
40-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												41-Data de Realização		42-Data de Realização	
41-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												42-Data de Realização		43-Data de Realização	
42-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												43-Data de Realização		44-Data de Realização	
43-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												44-Data de Realização		45-Data de Realização	
44-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												45-Data de Realização		46-Data de Realização	
45-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												46-Data de Realização		47-Data de Realização	
46-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												47-Data de Realização		48-Data de Realização	
47-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												48-Data de Realização		49-Data de Realização	
48-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												49-Data de Realização		50-Data de Realização	
49-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												50-Data de Realização		51-Data de Realização	
50-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												51-Data de Realização		52-Data de Realização	
51-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												52-Data de Realização		53-Data de Realização	
52-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												53-Data de Realização		54-Data de Realização	
53-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												54-Data de Realização		55-Data de Realização	
54-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												55-Data de Realização		56-Data de Realização	
55-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												56-Data de Realização		57-Data de Realização	
56-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												57-Data de Realização		58-Data de Realização	
57-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												58-Data de Realização		59-Data de Realização	
58-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												59-Data de Realização		60-Data de Realização	
59-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												60-Data de Realização		61-Data de Realização	
60-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												61-Data de Realização		62-Data de Realização	
61-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												62-Data de Realização		63-Data de Realização	
62-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												63-Data de Realização		64-Data de Realização	
63-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												64-Data de Realização		65-Data de Realização	
64-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												65-Data de Realização		66-Data de Realização	
65-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												66-Data de Realização		67-Data de Realização	
66-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												67-Data de Realização		68-Data de Realização	
67-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												68-Data de Realização		69-Data de Realização	
68-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												69-Data de Realização		70-Data de Realização	
69-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												70-Data de Realização		71-Data de Realização	
70-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												71-Data de Realização		72-Data de Realização	
71-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												72-Data de Realização		73-Data de Realização	
72-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												73-Data de Realização		74-Data de Realização	
73-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												74-Data de Realização		75-Data de Realização	
74-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												75-Data de Realização		76-Data de Realização	
75-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												76-Data de Realização		77-Data de Realização	
76-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												77-Data de Realização		78-Data de Realização	
77-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												78-Data de Realização		79-Data de Realização	
78-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												79-Data de Realização		80-Data de Realização	
79-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												80-Data de Realização		81-Data de Realização	
80-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												81-Data de Realização		82-Data de Realização	
81-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												82-Data de Realização		83-Data de Realização	
82-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												83-Data de Realização		84-Data de Realização	
83-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												84-Data de Realização		85-Data de Realização	
84-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												85-Data de Realização		86-Data de Realização	
85-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												86-Data de Realização		87-Data de Realização	
86-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												87-Data de Realização		88-Data de Realização	
87-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												88-Data de Realização		89-Data de Realização	
88-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												89-Data de Realização		90-Data de Realização	
89-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												90-Data de Realização		91-Data de Realização	
90-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												91-Data de Realização		92-Data de Realização	
91-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												92-Data de Realização		93-Data de Realização	
92-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												93-Data de Realização		94-Data de Realização	
93-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												94-Data de Realização		95-Data de Realização	
94-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado												95-Data de Realização			

☐ 1 - Tratamento Odontológico; 2-Exame Radiológico; 3-Odontia; 4-Urgê da Emergência

☐ 1 - Total; 2-Parcial

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, aceito e autorizo a execução do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato, que avos ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, aceito e autorizo a execução do profissional contratado que assina este documento, os valores para o procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 para o procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 para o procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória.

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, é(são) realizados como parte dos meus procedimentos de rotina, e não como procedimentos emergenciais ou fora do escopo do contrato.

12-0150

51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista:	52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53 - Data, local e Assinatura da Empresa
19/8/11/10/12/10 Juliana Leitaô Gomes Cirurgiã Dentista CRO-TO 1153	19/8/11/10/12/10 Juliana Leitaô Gomes Cirurgiã Dentista CRO-TO 1153	19/8/11/10/12/10 Leitão & Gomes Ltda 36.006.084/0001-18

393082
INTERCÂMBIO[illegible]

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/2/11 10/12/10 Juliana Leitão Gomes Cirurgiã Dentista CRO-TO 1153	11/2/11 10/12/10 Juliana Leitão Gomes Cirurgiã Dentista CRO-TO 1153	11/2/11 10/12/10 Juliana Leitão Gomes Cirurgiã Dentista CRO-TO 1153	11/2/11 10/12/10 Leitão & Gomes Ltda 35.006.084/0001-18