

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24/7

454028
INTERCAMBIO

1-Registro ANVISA 408414	2-Data de Emissão do Guia 11/01/2011	3-Data de Autorização 11/01/2011	4-Data de Autorização AUTORIZADO	5-Número do Guia Principal 8197031	6-Data de Validade do Guia 11/01/2011
-----------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--

10-Nome do Beneficiário DANIELE FAUSTINA ALVES	11-Data de Nascimento 25/02/1995	12-Endereço da Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	13-Endereço do Beneficiário DANIELE FAUSTINA ALVES
--	-------------------------------------	--	---

14-Identificação do Profissional N 17-Nome do Profissional Responsável CLINICA ODONTOLÓGICA ORTHOLIFE LTDA	15-Endereço do Profissional 18-Endereço do Profissional 19-UF MG	20-Endereço do Profissional 21-Endereço do Profissional 22-UF MG	23-Endereço do Profissional 24-Endereço do Profissional 25-UF MG
--	---	---	---

Plano de Tratamento - Periodontal Sub-labial		31-Quantidade		33-Dentes Regiões		34-Fase		35-Quadrante LR		37-Vide		38-Franqueado-participação 25		39-Ant		40-Cas																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
16-Tabula	31-Código do Profissional	TRATAMENTO ENDODONTICO																RX PERIAPICAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
1-0	0	1	8	5	2	0	0	1	5	8	1	2	7	1	1	5	3	3	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1

43-Data de Realização do Tratamento	44-Data de Realização do Tratamento	45-Data de Realização do Tratamento	46-Data de Realização do Tratamento	47-Data de Realização do Tratamento	48-Data de Realização do Tratamento	49-Data de Realização do Tratamento	50-Data de Realização do Tratamento	51-Data de Realização do Tratamento	52-Data de Realização do Tratamento	53-Data de Realização do Tratamento	54-Data de Realização do Tratamento	55-Data de Realização do Tratamento	56-Data de Realização do Tratamento	57-Data de Realização do Tratamento	58-Data de Realização do Tratamento	59-Data de Realização do Tratamento	60-Data de Realização do Tratamento	61-Data de Realização do Tratamento	62-Data de Realização do Tratamento	63-Data de Realização do Tratamento	64-Data de Realização do Tratamento	65-Data de Realização do Tratamento	66-Data de Realização do Tratamento	67-Data de Realização do Tratamento	68-Data de Realização do Tratamento	69-Data de Realização do Tratamento	70-Data de Realização do Tratamento	71-Data de Realização do Tratamento	72-Data de Realização do Tratamento	73-Data de Realização do Tratamento	74-Data de Realização do Tratamento	75-Data de Realização do Tratamento	76-Data de Realização do Tratamento	77-Data de Realização do Tratamento	78-Data de Realização do Tratamento	79-Data de Realização do Tratamento	80-Data de Realização do Tratamento	81-Data de Realização do Tratamento	82-Data de Realização do Tratamento	83-Data de Realização do Tratamento	84-Data de Realização do Tratamento	85-Data de Realização do Tratamento	86-Data de Realização do Tratamento	87-Data de Realização do Tratamento	88-Data de Realização do Tratamento	89-Data de Realização do Tratamento	90-Data de Realização do Tratamento	91-Data de Realização do Tratamento	92-Data de Realização do Tratamento	93-Data de Realização do Tratamento	94-Data de Realização do Tratamento	95-Data de Realização do Tratamento	96-Data de Realização do Tratamento	97-Data de Realização do Tratamento	98-Data de Realização do Tratamento	99-Data de Realização do Tratamento	100-Data de Realização do Tratamento
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

Declaram, que após ler este documento esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaram, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por não 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.