

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

366444
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão de Guia 2 9 / 0 8 / 2 0		4-Data de Autorização 0 1 / 0 9 / 2 0		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia 7832687		7-Data de Realização 2 1 / 1 1 / 2 0									
Dados do Beneficiário										Dados do Contratado									
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 9 7 7 5 4 0 0 2 1 5 0 1										9-Plano POS REDE PRESTADORA									
13-Nome ERICKSON MURILLO GONCALVES GOMES										10/01/1988									
16-Atendimento a RN N										17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA ALVES DE OLIVEIRA									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 8 3 1 0 0 2 5 9 1										22-Nome do Contratado Executante ADRIANA ALVES DE OLIVEIRA									
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA ALVES DE OLIVEIRA										27-Nome do Contrato									
30-Tabella 31-Código do Procedimento										32-Descrição									
1-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6										RESTAURAÇÃO RESINA									
2-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6										RESTAURAÇÃO RESINA									
3-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6										RESTAURAÇÃO RESINA									
4-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6										RESTAURAÇÃO RESINA									
5-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6										RESTAURAÇÃO RESINA									
6-0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0										RESTAURAÇÃO RESINA									
7-0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0										RESTAURAÇÃO RESINA									
8-0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0										RESTAURAÇÃO RESINA									
9-0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0										RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
10-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7										RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
11-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7										RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
12-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7										RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
13-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7										RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
14-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7										RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
15-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7										RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									

44-Tipo de Atendimento

43-Data Previsão Término do Tratamento

[illegible][illegible]

--- fator sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e benefícios da pesquisa, o participante assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e foi/foram realizado(s) foi/foram realizado(s) com me

[illegible]

contrato. Declaro, ainda que o(s) prestatador(es) se comprometo(m) a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

referentes ao tratamento realizado, comprovando:

Upheld by the Court

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

100

E4 Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

1. Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

50-Data, local e Assinatura do Engenheiro

11/11/11

[illegible]

1