

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2000



545765
INTERCAMBIO

1-Identificação AMS 406414		3-Dados do Fornecedor da Guia 0 8 / 0 5 / 2 1		4-Dados do Autocódigo 1 8 / 0 5 / 2 1		5-Serviço AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8566901		7-Dados Válidos da Guia 0 6 / 0 8 / 2 1	
8-Atendimento em Clínica 0 0 2 0 2 5 3 6 9 2 7 2 0 0 0 0 0 1 0 1		9-Atividade POS REDE PRESTADORA		10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Dados Válidos da Carteira / / / / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JORDANA BUTI PECANHA											
14-Data de Nascimento 12/01/1982											
15-Endereço / / / / / / / /											
16-Atendimento a RM N											
17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA CARDOSO PEREIRA											
18-Número do CRO 20497											
19-UF RJ											
20-Código CRO S 025 -											
21-Código na Operação / CRO / CPF 0 2 0 5 7 7 1 0 7 6 9											
22-Nome do Continente Exorante FLAVIA CARDOSO PEREIRA											
23-Número do CRO 20497											
24-UF RJ											
25-Código CRO S 025 -											
26-Nome do Profissional Exorante FLAVIA CARDOSO PEREIRA											
27-Número do CRO 20497											
28-UF RJ											
29-Código CRO S 025 -											
30-Data de Realização 19/05/21											
31-Código do Procedimento 1 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0											
32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA											
33-Quantidade 14											
34-Faixa OM											
35-Quantidade US 8 8 0 0											
36-Valor 0 0 0 0											
37-Valor 0 0 0 0											
38-Valor 0 0 0 0											
39-Valor 0 0 0 0											
40-Valor 0 0 0 0											
41-Valor 0 0 0 0											
42-Valor 0 0 0 0											
43-Valor 0 0 0 0											
44-Valor 0 0 0 0											
45-Valor 0 0 0 0											
46-Valor 0 0 0 0											
47-Valor 0 0 0 0											
48-Valor 0 0 0 0											
49-Valor 0 0 0 0											
50-Valor 0 0 0 0											
51-Valor 0 0 0 0											
52-Valor 0 0 0 0											
53-Valor 0 0 0 0											
54-Valor 0 0 0 0											
55-Valor 0 0 0 0											
56-Valor 0 0 0 0											
57-Valor 0 0 0 0											
58-Valor 0 0 0 0											
59-Valor 0 0 0 0											
60-Valor 0 0 0 0											
61-Valor 0 0 0 0											
62-Valor 0 0 0 0											
63-Valor 0 0 0 0											
64-Valor 0 0 0 0											
65-Valor 0 0 0 0											
66-Valor 0 0 0 0											
67-Valor 0 0 0 0											
68-Valor 0 0 0 0											
69-Valor 0 0 0 0											
70-Valor 0 0 0 0											
71-Valor 0 0 0 0											
72-Valor 0 0 0 0											
73-Valor 0 0 0 0											
74-Valor 0 0 0 0											
75-Valor 0 0 0 0											
76-Valor 0 0 0 0											
77-Valor 0 0 0 0											
78-Valor 0 0 0 0											
79-Valor 0 0 0 0											
80-Valor 0 0 0 0											
81-Valor 0 0 0 0											
82-Valor 0 0 0 0											
83-Valor 0 0 0 0											
84-Valor 0 0 0 0											
85-Valor 0 0 0 0											
86-Valor 0 0 0 0											
87-Valor 0 0 0 0											
88-Valor 0 0 0 0											
89-Valor 0 0 0 0											
90-Valor 0 0 0 0											
91-Valor 0 0 0 0											
92-Valor 0 0 0 0											
93-Valor 0 0 0 0											
94-Valor 0 0 0 0											
95-Valor 0 0 0 0											
96-Valor 0 0 0 0											
97-Valor 0 0 0 0											
98-Valor 0 0 0 0											
99-Valor 0 0 0 0											
100-Valor 0 0 0 0											

Declaro, que sou o(a) responsável pelo pagamento do tratamento odontológico, conforme acima apresentado, e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com as custas previstas em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), também realizado(s) com meu consentimento, sob as condições e formas satisfatórias. Autorizo a prestadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com as custas conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente: *[Assinatura]* Assinatura do Profissional: *[Assinatura]*

Assinatura do Responsável: *[Assinatura]*

Assinatura do Assistente: *[Assinatura]*

Assinatura do Operador: *[Assinatura]*

Assinatura do Auxiliar: *[Assinatura]*

Assinatura do Recepcionista: *[Assinatura]*

Assinatura do Dentista: *[Assinatura]*

Assinatura do Odontólogo: *[Assinatura]*

Assinatura do Especialista: *[Assinatura]*

Assinatura do Cirurgião: *[Assinatura]*

Assinatura do Radiologista: *[Assinatura]*