

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/12/20	4-Data de Autorização 10/01/21	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8157641	7-Data Validade da Serinha 18/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 3 4 2 1 2 0 0 0 0 1 0 1												
9-Plano	POS REDE PRESTADORA												
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA												
11-Data Validade da Carteira	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> </tr> </table>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1								
1	1	1	1	1	1								
12-Número do Cartão Nacional de Saúde													

[illegible]

Dados do Contrahido Responsavel pelo Tratamento	
16-Avinculamento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante
N	ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO
18-Alinhamento no CRO	19-JUF
41157	MG
20-Código CBO S	
025 -	

21-Código na Ordem de Serviço / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
32938498810	ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	41157	MG	
26-Nome do Profissional Executante				
ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO				
27-Número no CRO		28-UF	29-Código CRO S	
41157		MG		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Valor da Cirurgia	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
3-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
4-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
5-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
6-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
7-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
8-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
9-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
10-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
11-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
12-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
13-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
14-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
15-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas ao tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), autorizam a realização do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	08/10/2011
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	08/10/2011
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	08/10/2011
53-Data, local e Caminho da Empresa	08/10/2011