

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



1-Registro AAS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/05/10 7/12/3 4-Dia de Autorização 10/05/10 7/12/3 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11409111 7-Dia de Vencimento da Guia 10/03/11 01/12/3 1518566 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101201251581220710101011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia de Vencimento da Carteira 12-Nome do titular do plano ELISANGELA SARAIVA VIEIRA 13-Nome ELISANGELA SARAIVA VIEIRA 14-Telefone 15-Nome do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteração a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC 18-Número no CRO 49476 19-UF MG 20-Código CBO B 09 21-Código de Operador / CNP / CPF 173215341101011931 22-Nome do Contratado Excludente NILSON RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS E 23-Número no CRO 49476 24-UF MG 25-Código CNES 9741526 26-Nome do Profissional Excludente GESSICA FERNANDES QUEIROZ 27-Número no CRO 49476 28-UF MG 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-QDR	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Custo de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0181000294	LEVANTAMENTO		1		222100		510510311231				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 19/05/11 44-Tipo de Atendimento 18-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 122210101 47-Vol Total R\$ 1010101 48-Total Franchise / Co-participação R\$

Decisão, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza 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), foi(foram) 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/10 11/12/3 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/10 11/12/3 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 54-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 55-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 56-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 57-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 58-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 59-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 60-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 61-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 62-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 63-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 64-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 65-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 66-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 67-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 68-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 69-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 70-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 71-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 72-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 73-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 74-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 75-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 76-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 77-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 78-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 79-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 80-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 81-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 82-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 83-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 84-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 85-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 86-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 87-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 88-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 89-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 90-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 91-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 92-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 93-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 94-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 95-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 96-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 97-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 98-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 99-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3 100-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 11/12/3



Géssica Queiroz

Odontologia

CRO: 49476

Glisângela Saraiva Vieira

Solicito levantamento
periapical. Finalidade
tratamento odontológico.



BH, 04/07/23

Av. Abílio
1877, Sala 101

Odontodoc

Dra. Géssica Queiroz
CRO: 49476



(31) 3646-8047

(31) 9 9630-7526

Rua dos Geólogos, 684, Alípio de Melo
BELO HORIZONTE MG