



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª

1827172
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	2-Data de Emissão da Guia 25/10/13 12:14	4-Data de Autorização 25/10/13 12:14	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12302845	7-Data Validade da Sentença 25/10/13 12:14
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202554720800011802	9-Filho POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TUPY MINAS GERAIS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PEDRO HENRIQUE DUTRA SANTOS		14-Data de Nascimento 01/07/2013	15-Telefone () -	16-Nome do titular do plano PEDRO PAULO DE OLIVEIRA SANTOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Abordamento a RN N	17-Nome do Profissional Suficiente NATHALIA FIDELIS PIRES SILVA	18-Número no CRO 53846	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -	21-Data de Realização 28/03/24
22-Código de Operação / CNPJ / CPF 205199630010103	22-Nome do Contratado Executante CENTRO DE RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS	23-Número no CRO 138	24-UF MG	25-Código CNES 3669947	26-Data de Realização 28/03/24
26-Nome do Profissional Executante OLNEY JARDIM		27-Número no CRO 138	28-UF MG	29-Código CBO S 09	30-Data de Realização 28/03/24
Plano de Tratamento (Procedimentos Solicitados)					
31-Tabela 1-008100421	32-Código do Procedimento RX PERIAPICAL	33-Dens/Raiz RPSD	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 14,00
2-008100421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00
3- / / / / /					
4- / / / / /					
5- / / / / /					
6- / / / / /					
7- / / / / /					
8- / / / / /					
9- / / / / /					
10- / / / / /					
11- / / / / /					
12- / / / / /					
13- / / / / /					
14- / / / / /					
15- / / / / /					
43-Data Previsível Término do Tratamento 28/03/2024					
44-Data de Abandono 28/03/24					
45-Data de Faturamento 28/03/24					
46-Total Quantidade US 28,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de 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 em 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-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante 28/03/24					
51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 28/03/24					
52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 28/03/24					
53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 28/03/24					