



GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

from 1990 to 1995

314170
INTERCÂMBIO

3-Data de Emissão da Guia 11/8/10 5/12/01	4-Data de Autorização 11/8/10 5/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50163461	7-Data Validada da Serinha 16/10/12 01
--	--	------------------------------	--	---

Beneficiario

10-Plano	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
POS REDE PRESTADORA	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11/11/11	707406074972077
13-Telefone	14-Telefone	15-Nome de titular do plano		
(11) 11111111	(11) 11111111	JULIO CESAR SILVA DE MELLO		

18
JO CESAR SILVA DE MELLO

do Contratado Responsável pelo Tratamento

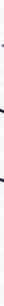
17-Nome do Profissional Solicitante MARCIA MARTINS PEREIRA										18-Número no CRO 20672		19-UF RJ		20-Código CBO S	
22-Nome do Contratado Executante MARCIA MARTINS PEREIRA										23-Número no CRO 20672		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARCIA MARTINS PEREIRA										27-Número no CRO 20672		28-UF RJ		29-Código CBO S	

Tratamiento / Procedimientos Solicitados

[illegible]

o, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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 do. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento. De acordo com o tratamento realizado, comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Envase

Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dia, mês e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
 11/08/19	 11/08/19	 11/08/19	 11/08/19