



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



5065825

1-Registro AOS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2/02/2/2/11	4-Data de Autorização 11/2/02/2/2/11	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8295832	7-Data Validade da Semana 11/3/05/1/2/11
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

476023
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10020251063490010004	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AGRES SISTEMAS ELETRONICOS	11-Data Validade da Carteira 11/1/1/1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome THAIS CAMILLE RODRIGUES DE AZEVEDO	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano SAMUEL SILVA DA ROCHA
---	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIGITAL X IMAGENS	18-Número no CRO 2343	19-UF MS	20-Código CBO S 09	25-Enviar - RX Enviar - RX (1) 81000405
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 66263107120	22-Nome do Contratado Executante MONICA CRISTINA TOSI ROSA	23-Número no CRO 2343	24-UF MS	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MONICA CRISTINA TOSI ROSA	27-Número no CRO 2343	28-UF MS	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1	01081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	100	100					Silvia
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/1/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, 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 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/1/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/1/11	53-Data, local e Carteira da Empresa 12/12/11
---	--	--	--



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Solicitamos a realização do exame Raios x panorâmico
Para fins de avaliação de 3^o molares
Do (a) paciente Thaís Amelle R. A.
Convênio Dental Uni

Campo Grande MS, ____ de ____ de 20__.


Patricia Jorge Bispo
Cirurgiã - Dentista
CRO 6079/MS

34.042.456/0001-36
CONSULTÓRIO BIO ODONTO DIGITAL LTDA

RUA OCEANO ATLÂNTICO Nº 282
CHÁCARA CACHOEIRA - CEP: 79.040-020
CAMPO GRANDE — MS

CONSULTÓRIO BIO ODONTO DIGITAL – HUB ODONTO

