

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A*

2409293
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 2 / 1 0 / 2 1 5

6-Número de Guia Principal
14193963

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 3 / 1 0 / 8 1 2 1 5

3-Data de Emissão da Guia
0 3 / 1 0 / 8 1 2 1 5

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

13-Nome
SILVIO CESAR TEODORO FERREIRA

15-Nome do titular do plano
VINICIUS TEODORO RODRIGUES

14-Telefone

16-Número no CRO
74335

17-Data de Nascimento
05/11/1972

18-Nome do Profissional Solicitante
NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ

20-Código CBO S

21-Código CBO S

22-Nome do Contratado Executante
CELIA GONZALEZ LOPES

23-Número no CRO
74335

24-Nome do Profissional Executante
NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ

25-Código CBO S

26-Código CBO S

27-Número no CRO
74335

28-Número no CRO
74335

29-Número no CRO
74335

30-Fratura/Co-participação R\$

31-Fratura/Co-participação R\$

32-Quantidade US

33-Quantidade US

34-Face

35-Quantidade US

36-Quantidade US

37-Valor

38-Valor

39-Valor

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

42-Assinatura

43-Assinatura

44-Assinatura

45-Valor Total R\$

46-Valor Total R\$

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Valor Total R\$

50-Valor Total R\$

51-Valor Total R\$

52-Valor Total R\$

53-Valor Total R\$

54-Valor Total R\$

55-Valor Total R\$

56-Valor Total R\$

57-Valor Total R\$

58-Valor Total R\$

59-Valor Total R\$

60-Valor Total R\$

61-Valor Total R\$

62-Valor Total R\$

63-Valor Total R\$

64-Valor Total R\$

65-Valor Total R\$

66-Valor Total R\$

67-Valor Total R\$

68-Valor Total R\$

69-Valor Total R\$

70-Valor Total R\$

71-Valor Total R\$

72-Valor Total R\$

73-Valor Total R\$

74-Valor Total R\$

75-Valor Total R\$

76-Valor Total R\$

77-Valor Total R\$

78-Valor Total R\$

79-Valor Total R\$

80-Valor Total R\$

81-Valor Total R\$

82-Valor Total R\$

83-Valor Total R\$

84-Valor Total R\$

85-Valor Total R\$

86-Valor Total R\$

87-Valor Total R\$

88-Valor Total R\$

89-Valor Total R\$

90-Valor Total R\$

91-Valor Total R\$

92-Valor Total R\$

93-Valor Total R\$

94-Valor Total R\$

95-Valor Total R\$

96-Valor Total R\$

97-Valor Total R\$

98-Valor Total R\$

99-Valor Total R\$

100-Valor Total R\$

101-Valor Total R\$

102-Valor Total R\$

103-Valor Total R\$

104-Valor Total R\$

105-Valor Total R\$

106-Valor Total R\$

107-Valor Total R\$

108-Valor Total R\$

109-Valor Total R\$

110-Valor Total R\$

111-Valor Total R\$

112-Valor Total R\$

113-Valor Total R\$

114-Valor Total R\$

115-Valor Total R\$

116-Valor Total R\$

117-Valor Total R\$

118-Valor Total R\$

119-Valor Total R\$

120-Valor Total R\$

121-Valor Total R\$

122-Valor Total R\$

123-Valor Total R\$

124-Valor Total R\$

125-Valor Total R\$

126-Valor Total R\$

127-Valor Total R\$

128-Valor Total R\$

129-Valor Total R\$

130-Valor Total R\$

131-Valor Total R\$

132-Valor Total R\$

133-Valor Total R\$

134-Valor Total R\$

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 referidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Quedam de prótese - cimentação denta 11

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura da Empresa

63-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura da Empresa

68-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura da Empresa

73-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data, local e Assinatura da Empresa

78-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82-Data, local e Assinatura da Empresa

83-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

87-Data, local e Assinatura da Empresa

88-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92-Data, local e Assinatura da Empresa

93-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

97-Data, local e Assinatura da Empresa

98-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

101-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

102-Data, local e Assinatura da Empresa

103-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

104-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista