

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

3-Dia da Emissão da Guia	20/10/23
4-Dia da Autorização	25/10/23
5-Serinha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	11134138
7-Dia Validade da Serinha	19/10/23

1420129
INTERCÂMBIO

0	2	0	2	5	2	3	2	6	0	0	0	0	0	1	0	1																																		
3º Plano																																																		
POS REDE PRESTADORA																																																		
10-Empresa																																																		
DENTAL UNI COOPERATIVA																																																		
11-Dia Válido da Carteira																																																		
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td> </tr> </table>																																		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																		

ANDREIA DA ROCHA DANZER

24/03/1971

(21) 9 9307-9526

ANDREIA DA ROCHA DANZER

do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-Uf	20-Código CBO S
ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

[illegible]

Tratamento / Procedimentos Solicitados	27-Número no CRO 16512	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

☐ / ☐ / ☐	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Occlusão 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	☐ 1 1 4 4 0 0 0 0 0 0	☐ 1 1 1 1 1 1 0 0 0 0 0 0
--	---	--	---	---

Declaramos, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folgarão realizado(s) com meu conhecimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os custos do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

1954

	04 / 10 / 15	S1-Dia, local e Assinatura do Grunjo-Donatário Solicitante 	04 / 10 / 15	52-Dia, local e Assinatura do Grunjo-Donatário Responsável - Dona Maria José	04 / 10 / 15	US-Dia, local e Carimbo da Empresa
--	--------------	--	--------------	---	--------------	------------------------------------