

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

3-Data de Emissão da Guia	10/2/10 21/2 11
4-Data de Autorização	10/4/10 21/2 11
5-Senha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	8259448
7-Data Validade da Santa	10/3/10 51/2 11

467855
INTERCÂMBIO

mero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Dado Validade de Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
10 2 0 2 5 3 5 1 8 8 6 0 0 0 0 1 0 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	_ _ / _ _ / _ _	
OME		14-Telefone	15-Nome do titular do plano	
NATO PEDROZO DA SILVA	08/08/1998	() -	THAIS MACARIO ASSIS DA CRUZ	
do Contrato Responsável pelo Tratamento				

Endereço e RN		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF		18-Número no CRO 1750		19-UF MS		20-Código CBO S	
Código na Operadora / CNPJ / CPF 14115141411916181111		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF		23-Número no CRO 1750		24-UF MS		25-Código CNES	
Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF				27-Número no CRO 1750		28-UF MS		29-Código CBO S	

025 -

Faturar Empresa

[illegible]

ata. Preencher o formulário de acordo com o modelo fornecido pelo Conselho Federal de Odontologia. 44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Fracionl	46-Total Quantidade US 1 1 7 4 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 0	48-Total Franquia - Co-Franciçapaga R\$
--	--	--	--	--

Dr. Carlos Eduardo F. Méndez
701 544.195-53

0201750-0217020

51-Dia, local e Assinatura do(a) Dirigente-Dentista Solicitante	21/11/2021	
52-Dia, local e Assinatura do(a) Dirigente-Dentista	21/11/2021	
53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	21/11/2021	
54-Dia, local e Carimbo da Empresa	21/11/2021	