



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

411168
INTERCÂMBIO

411168 INTERCÂMBIO		7-Data Validade da Senha 0 2 / 0 2 / 2 1	
5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8020988	
3-Data de Emissão da Guia 0 1 4 / 1 1 / 2 0		4-Data de Autorização 0 1 5 / 1 1 / 2 0	
10-Data Validade da Carteira / / / / / /		12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
11-Data Validade da Carteira / / / / / /		13-Nome do titular do plano IZAURA PORTILHO FLAVIO DE SOUSA	
14-Telefone () / / / / / /		15-Nome do titular do plano IZAURA PORTILHO FLAVIO DE SOUSA	
16-Número no CRO 1750		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF	
18-Número no CRO 1750		19-UF MS	
20-Código CBO S		21-UF MS	
22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF		23-Número no CRO 1750	
24-UF MS		25-Código CNES	
26-Número no CRO 1750		27-UF MS	
28-UF MS		29-Código CBO S	

[illegible]

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 devidos ao tratamento esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acerto e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acerto 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), 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 devidos ao tratamento esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acerto e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

Reservado

[illegible]

✓
NFC 017083
NFC 017084
NFC 017085

51-Data local e Assinatura do Chefe do Departamento	
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Beneficiária	

53-Data. local e Carimbo da Empresa

52-Data-Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

ata, local e Assinatura do Engenheiro-Dentista Solidante