

Relação de Guias Odontológicas para Autorização

1- Data de Envio

____/____/____

Dados do Prestador

2-Nome						3-Código
4-Número da Guia (GTO)	5-Total	6-Rx.Periapical/ Bite Wing (QTD.)	7-RX Panorâmica (QTD.)	8-TCLE (QTD.)	9-Doc. Ortodôntica (QTD.)	10-Outros Relatórios/Laudos/Etc (QTD.)
1- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
2- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
3- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
4- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
5- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
6- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
7- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
8- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
9- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
10- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
11- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
12- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
13- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
14- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
15- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
16- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
17- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
18- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
19- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
20- _____	R\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
11-Carimbo Setor de Protocolo Unafisco Saúde Data de Recebimento	12-Valor Total R\$	13-Assinatura e Carimbo do Credenciado				
	14-Observações:					