

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



593088
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/10/2011		4-Data de Autorização 12/10/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8726948		7-Data Validade da Senha 12/10/2011	
8-Número da Carteira 010202538771600000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JULYALVANY ALVES DE CARVALHO		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano JANAINA CRISTINA ALVES		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LAURINEIDE LOPES DE ALBUQUERQUE GONCALVES		18-Número no CRO 2581	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 018941432472		22-Nome do Contratado Executante LAURINEIDE LOPES DE ALBUQUERQUE GONCALVES		23-Número no CRO 2581		19-UF PE		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
25-Nome do Profissional Executante LAURINEIDE LOPES DE ALBUQUERQUE GONCALVES		27-Número no CRO 2581		28-UF PE		29-Código CBO S					
36-Tabela 1-0081000065		32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 34		36-Quantidade US 0,00	
37-Valor 0,00		38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00		39-Aut S		40-Data de Realização 12/10/2011		41-Motivo da Guisa 42-Assinatura Jafancine			
3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial		46-Totál Quantidade US 34,00		47-Valor Totál R\$ 0,00		48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-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), foi(ram) 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
Da Leirineide Albuquerque
Cirurgiã - Dentista
CRO - 2581 - PE

51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
Da Leirineide Albuquerque
Cirurgiã - Dentista
CRO - 2581 - PE

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
Jafancine
Jafancine

53-Dado, local e Carimbo da Empresa
Jafancine
Jafancine