

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



318531
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
28/10/2012

5-Número da Guia Principal
318531

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

4-Data de Autorização
13/10/2012

3-Data de Emissão da Guia
13/10/2012

1-Registro ANS
406414

Declaro do Beneficiário

8-Número da Carteira

0020212510550600619101

9-Piano

POS REDE PRESTADORA

16/11/1965

13-Nome

SOLANGE DE MATOS SANGALETTI

Declaro do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante

MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO

26-Nome do Profissional Executante

MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO

30-Plano de Tratamento / Propedêntica Solicitada

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Moivo da Guia

42-Assinatura

43-Total Franquia / Co-participação R\$

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura da Empresa

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura da Empresa

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura da Empresa

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura da Empresa

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura da Empresa

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura da Empresa

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura da Empresa

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data, local e Assinatura da Empresa

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75-Data, local e Assinatura da Empresa

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data, local e Assinatura da Empresa

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

79-Data, local e Assinatura da Empresa

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81-Data, local e Assinatura da Empresa

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83-Data, local e Assinatura da Empresa

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

85-Data, local e Assinatura da Empresa

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

87-Data, local e Assinatura da Empresa

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89-Data, local e Assinatura da Empresa

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

91-Data, local e Assinatura da Empresa

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

93-Data, local e Assinatura da Empresa

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Obito dente chegou aberto bem curativo / curativo + medicado

Dr. Michele S. Azevedo

30/10/2012

Cirurgião Dentista

CRO 71198

30/10/2012

30/10/2012

30/10/2012

30/10/2012

30/10/2012

30/10/2012

30/10/2012

30/10/2012

30/10/2012

30/10/2012

30/10/2012

ODONTO NORTE 24 HORAS LTDA