

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



542171
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
05/05/2011

4-Data de Autorização
05/05/2011

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8552874

7-Data Validade da Guia
03/08/2011

8-Número da Carteira
00202536928900001011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

13-Nome
JACQUELINE BATISTA DOS SANTOS

15-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
LAURINEIDE LOPES DE ALBUQUERQUE GONCALVES

18/09/1992

14-Telefone
()

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
()

15-Nome do titular do plano
JACQUELINE BATISTA DOS SANTOS

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08941432472

22-Nome do Contratado Executante
LAURINEIDE LOPES DE ALBUQUERQUE GONCALVES

26-Nome do Profissional Executante
LAURINEIDE LOPES DE ALBUQUERQUE GONCALVES

27-Número no CRO
2581

28-UF
PE

29-Código CBO S
(I) 85100200
(II) 85100200

30-Tabela
31-Código do Procedimento

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região
12

34-Fase
MV

35-Qtd
1

36-Quantidade US
88,00

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(II) 85100200

39-Aut
S

40-Data de Realização
05/05/2011

41-Motivo da Guia
42-Assinatura
Jacqueline Albuquerque

1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MV	1	88,00	0,00
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MV	1	88,00	0,00
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DV	1	88,00	0,00
4-00							
5-00							
6-00							
7-00							
8-00							
9-00							
10-00							
11-00							
12-00							
13-00							
14-00							
15-00							

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

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(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 referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

45-Observação

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

Dr. Lauro de Almeida

50-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

51-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/05/2011

53-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

54-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

55-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

56-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

57-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

58-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

59-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

60-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

61-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

62-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

63-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

64-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

65-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

66-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

67-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

68-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

69-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

70-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

71-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Solicitante
05/05/2011

- 1005 contos