

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

405915
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 01/02/01	4-Data de Autorização 12/7/11 01/02/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999856	7-Data Validade da Senha 12/5/11 01/12/11
---------------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002020232774900000101013	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

ANA LUIZA SILVA SANTOS	22/04/2007
------------------------	------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA	18-Número no CRO 17752	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

006632359523	22-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA	23-Número no CRO 17752	24-UF BA	25-Código CNES
--------------	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante

THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA	27-Número no CRO 17752	28-UF BA	29-Código CBO S
---------------------------	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0001810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	1	34,00	0,00		12/7/11 10/12/11		
2-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			1	1	35,00	0,00		12/7/11 10/12/11		
3-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE			1	1	35,00	0,00		12/7/11 10/12/11		
4-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID			1	1	35,00	0,00		12/7/11 10/12/11		
5-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			1	1	35,00	0,00		12/7/11 10/12/11		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/7/11 10/12/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faluramento 1- Total 2-Parcial	46-Tipo de Faluramento US 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total 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, 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), 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Thhayara Dayan
Cirurgiã - Dentista
CRO-BA 17752

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/7/11 10/12/11	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/7/11 10/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/7/11 10/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/7/11 10/12/11
---	---	---	---

Thhayara Dayan Souza Cirurgiã Dentista
Thhayara Dayan Souza Cirurgiã Dentista