

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

685390
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/2018		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9006393		7-Data Validade da Senha 12/01/2018	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 0002020253863560000000101		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 RAIMUNDA HENRIQUE DOS SANTOS									
14-Telefone () / /									
15-Nome do titular do plano RAIMUNDA HENRIQUE DOS SANTOS									
16-Atendimento a RN N									
17-Nome do Profissional Solicitante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA									
18-Atendimento a RN N									
19-Número no CRO 17752									
20-Código CBO S 17752									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 006163231519523									
22-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA									
23-Número no CRO 17752									
24-UF BA									
25-Código CNES 17752									
26-Nome do Profissional Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA									
27-Número no CRO 17752									
28-UF BA									
29-Código CBO S 17752									
30-7-Atividade / Procedimentos Solicitados									
31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Fase		35-Qtd	
1-00182000859		EXODONTIA DE RAIZ		46		1		73100	
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									
36-Franquia/Co-participação R\$									
37-Valor									
38-Franquia/Co-participação R\$									
39-Aut									
40-Data de Realização									
41-Motivo da Guia									
42-Assinatura									
43-Data Previsão Término do Tratamento									
44-Tipo de Atendimento									
45-Tipo de Pagamento									
46-Total Quantidade US									
47-Valor Total R\$									
48-Total Franquia / Co-participação R\$									

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), foram realizados 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/01/2018/121

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/01/2018/121

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/01/2018/121

53-Data, local e Assinatura da Empresa
13/01/2018/121

54-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.
Dra. Thhayara Dayan
Cirurgiã - Dentista
CRO-BA 1752